

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN
MARCOS**

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Efectividad de un modelo de intervención educativa para
familiares de pacientes oncológicos sometidos a
quimioterapia en Hospital Daniel
Alcides Carrión, 2013.**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

AUTOR

Yalitza Milagros Fernández Camacho

ASESOR

Angela Rocio Cornejo Valdivia de Espejo

Lima – Perú

2014

**Efectividad de un modelo de intervención educativa
para familiares de pacientes oncológicos
sometidos a quimioterapia en
Hospital Daniel Alcides
Carrión, 2013.**

A Dios, por darme salud

*y haber iluminado este
arduo camino para poder
culminar el presente estudio.*

*A mis padres Carmen y
José, por el amor brindado,
educarme con valores,
y al apoyo incondicional
para mi formación personal
y profesional.*

*A todo aquel ser humano
que día a día lucha por
vencer esta enfermedad
como es el cáncer y a sus
cuidadores por su presencia
constante al servicio de
estos pacientes.*

*En especial a mi asesora
Dra. Rocío Cornejo Valdivia,
por los conocimientos
impartidos, el asesoramiento
recibido y su constante apoyo.*

*A mi alma máter,
sus docentes por
contribuir en mi
formación durante
estos cinco años.*

*A la persona especial que
estuvo en todo momento
brindándome su paciencia,
comprensión y apoyo
constante.*

ÍNDICE

| | Pág. |
|--------------------|------|
| Agradecimientos | iii |
| Dedicatoria | iv |
| Índice de gráficos | viii |
| Resumen | x |
| Summary | xi |
| Presentación | xii |

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

| | |
|--------------------------------------|---|
| A. Planteamiento del problema | 1 |
| B. Formulación del problema | 4 |
| C. Justificación de la Investigación | 5 |
| D. Objetivos | 6 |
| E. Propósito | 7 |
| F. Marco Teórico | |

| | |
|---|----|
| F.1 Antecedentes | 7 |
| F.2 Base teórica | |
| 1. El paciente oncológico | 12 |
| 2. La familia y el paciente oncológico | 29 |
| 3. Rol de la enfermera en el cuidado del paciente oncológico | 37 |
| G. Hipótesis | 39 |
| H. Definición operacional de términos | 39 |
| CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODO | |
| A. Nivel, tipo y método de estudio | 42 |
| B. Área de estudio | 43 |
| C. Población y muestra | 43 |
| D. Técnica e instrumento de recolección de datos | 44 |
| E. Recolección, procesamiento y presentación de datos | 45 |
| F. Análisis e interpretación de datos | 46 |
| G. Consideraciones éticas | 47 |

CAPÍTULO III.-RESULTADOS Y DISCUSIÓN

| | |
|---------------|----|
| A. Resultados | 49 |
| B. Discusión | 60 |

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|--------------------|----|
| A. Conclusiones | 62 |
| B. Recomendaciones | 64 |
| C. Limitaciones | 64 |

| | |
|-----------------------------------|----|
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 65 |
|-----------------------------------|----|

| | |
|---------------------|----|
| BIBLIOGRAFÍA | 68 |
|---------------------|----|

ANEXOS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| GRÁFICO | Pág. |
|---|------|
| 1. Modificación del conocimiento acerca del concepto de quimioterapia en los familiares de pacientes oncológicos luego de la aplicación del modelo de intervención educativa. HNDAC, 2013. | 51 |
| 2. Modificación del conocimiento del manejo de la alimentación y eliminación en los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia luego de la aplicación del modelo de intervención educativa. HNDAC, 2013. | 52 |
| 3. Modificación del conocimiento del manejo del patrón de ejercicio y sueño en los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia luego de la aplicación del modelo de intervención educativa. HNDAC, 2013. | 54 |
| 4. Modificación del conocimiento del manejo del Patrón emocional en los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia luego de la aplicación del modelo intervención educativa. HNDAC, 2013. | 56 |

5. Modificación del conocimiento del manejo de síntomas desagradables en los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia luego de la aplicación del modelo de intervención educativa. HNDAC, 2013.

58

RESUMEN

Objetivo: Demostrar la efectividad de un modelo de intervención educativa para familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en Hospital Daniel Alcides Carrión. **Material y Método:** El estudio es tipo cuantitativo, nivel aplicativo y método cuasiexperimental. La muestra fue seleccionada mediante el muestro no probabilístico y por conveniencia: 30 familiares. La investigación se desarrolló en 3 momentos: Momento 1: Captación- Realización del Pretest - Capacitación. Momento 2: 1° Visita Domiciliaria- 1° Evaluación del post test -Refuerzo de la capacitación. Momento 3: 2° visita domiciliaria –2° Evaluación del postest- Refuerzo de la capacitación.

Resultados: Del 100%(30) familiares encuestados, antes de participar del modelo de intervención educativa, el 28% (8) conocen el manejo de los cuidados de pacientes oncológicos; en la 1ra Visita Domiciliaria el 66% (19) incrementaron los conocimientos sobre el manejo de los cuidados. Finalmente en la 2da visita, el 96% (28) familiares, lograron incrementar los conocimientos sobre esto en promedio. **Conclusiones:** El modelo de intervención educativa sobre el manejo de los cuidados fue efectivo en el incremento de conocimientos de los familiares de pacientes oncológicos, luego de la aplicación del modelo de intervención educativa, el cual fue demostrado a través de la prueba de t de student, obteniéndose un t calc 10.7 y de 8.3 con un nivel de significancia de $\alpha : 0.05$.

Palabras-clave: Modelo de intervención educativa, efectividad, familiar de paciente oncológico.

SUMMARY

Objective: To demonstrate the effectiveness of a model of educational intervention for families of cancer patients undergoing chemotherapy in Daniel Alcides Carrion Hospital. **Material and Methods:** The research is quantitative, quasi-experimental method and application level . The sample was selected using non-probability sampling, and to have a representative sampling of the population for convenience , which constitutes 30 family was raised. The research was conducted in 3 phases: Moment 1 : Capture - Realization Pretest - Training . Moments 2: First Home Visit - 1 test- post evaluation of reinforcement training. Moment 3: Second home visit -2 ° Assessment by posttest - reinforcement training.

Results: Of 100 % (30) respondents relatives before participating educational intervention model , 28% (8) know about managing the care of cancer patients , in the 1st Home Visit 66% (19) increased the knowledge of managed care . Finally on the 2nd visit, 96% (28) respondents relatives , were able to increase the knowledge about this average .

Conclusions: The model of educational intervention on care management was effective in increasing knowledge of the families of cancer patients, after application of the model of educational intervention , which was demonstrated by the test of student give a t calc: 10.7 and 8.3 with a significance level of $\alpha : 0.05$, comparing before and after the 1st visit and after the 1st home visit and after the 2nd visit home respectively .

Key words: Model of educational intervention, effectiveness, family intervention for cancer patients.

PRESENTACIÓN

La enfermería como profesión tiene a cargo el cuidado de los pacientes las 24 horas del día, esto le hace compartir emociones y vivencias de las personas y cuidadores con el fin de ayudarlas a satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales. Es así como uno de los roles fundamentales de la enfermera es el de ser educadora.

La educación proporcionada por la enfermera al paciente oncológico y cuidador va dirigida a fomentar el autocuidado, en un proceso de ayuda al individuo a definir la situación de salud del paciente e identificar los problemas en la medida en que estos se presente, encontrando soluciones, ya sea obteniendo una atención adecuada.

El presente estudio titulado “Efectividad de un modelo de intervención educativa para familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013”, tiene como objetivo determinar la efectividad de un modelo de intervención educativa para familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia. Con el propósito de optimizar la intervención de Enfermería de los familiares de pacientes oncológicos sometidos por quimioterapia; para así permitir generar actitudes positivas en el paciente y familia, así como reducir el impacto de la quimioterapia y desarrollar una adecuada calidad de vida durante este tratamiento.

El estudio consta de Capítulo I: Introducción, en el cual se presenta el planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, el marco teórico, el cual está conformado por los antecedentes de la investigación, la base teórica, el hipótesis y definición operacional de términos. Capítulo II: Material y Método que expone el nivel, tipo y método, sede de estudio, población y muestra, técnica e instrumento, recolección de datos, procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III: Resultados y Discusión. Capítulo IV: Conclusiones, Limitaciones y Recomendaciones. Finalmente se considera la referencia bibliográfica, bibliografía y anexos

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A. Planteamiento del problema

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus altas tasas de incidencia y mortalidad. Biológicamente afecta a un conjunto de aparatos y sistemas produciendo un exceso de células malignas, con crecimiento y división más allá de los límites normales lo cual puede originar invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis. En esta enfermedad se han estudiado algunas posibles causas: La predisposición genética, lo que quiere decir que en ciertas familias se hereda. Y las causas externas, es decir, por exposiciones a sustancias químicas o a agentes físicos o biológicos que afectan a los genes de las células, transformándolas en cancerosas.

Uno de los principales tratamientos para el cáncer es la quimioterapia; que consiste en el uso de medicinas o medicamentos para tratar de destruir las células cancerosas que han hecho metástasis o se han propagado a otras partes del cuerpo alejadas del tumor primario. En ocasiones, al tener los pacientes escaso conocimiento acerca de este tratamiento así como de los efectos adversos; conlleva a que puedan sufrir un desajuste, desadaptación a su nueva situación, para lo cual necesita tanto el apoyo de la familia como del personal de salud para luchar contra los temores propios de quién se enfrenta a algo nuevo. La primera impresión de este tratamiento es realmente importante debido a que, lo que suceda tras esta primera vez dependerá en gran medida qué pasará durante el resto del tratamiento.

En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú, la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC), ha publicado la tasa de incidencia por cáncer globales de 157.1 por cien mil habitantes en cuanto a la tasa de mortalidad por cáncer globales en nuestra capital es de 107.0 por cien mil habitantes (INEN 2013) (6) Además el promedio diario de aplicaciones de quimioterapia en Medicina es de 101.3 (2962 personas) en Diciembre del 2012 a comparación de un 112.9 en Diciembre del 2013. (INEN 2013) (9) De un total de casos con cáncer diagnosticados se calcula que más de la mitad recibirán quimioterapia sistémica como tratamiento, teniendo como objetivo principal evitar la multiplicación de las células cancerosas, la invasión a los tejidos adyacentes o el desarrollo de metástasis. La quimioterapia afecta de manera importante en el estilo de vida del paciente debido a que hay cambios en sus conductas y /o rutinas que determinan una nueva forma de vivir.

El rol de la enfermera frente a pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria, es de suma importancia debido a que establece pautas para promover en forma efectiva el autocuidado y potenciar la seguridad en el paciente frente al tratamiento así como el apoyo y participación de la familia en la planificación de la atención antes y después de la quimioterapia. La enfermera debe mostrarse cordial, cuidar la forma de comunicación no verbal, instar para que el paciente y/o familia nos cuente sus dudas, temores, sentimientos hacia el tratamiento brindando de esta manera una atención de calidad e integral.

Asimismo, la enfermera es partícipe de la educación tanto al paciente oncológico como a sus familiares, lo cual es una actividad imprescindible durante los períodos por los que puede pasar el paciente oncológico durante el tratamiento de quimioterapia ya que la adecuada información acerca de los cuidados son esenciales para que el paciente y su familia sean capaces de aceptar la nueva situación, adaptándose a los cambios de vida que esto representa y por ende comprender el rol protagónico que los cuidadores deben desempeñar para lograr los beneficios del tratamiento. Actualmente, es ampliamente señalado el compromiso que tiene Enfermería de brindar cuidados en forma científica y responsable, involucrando al paciente en la definición de acciones para lo cual la educación es una de las estrategias más efectivas.

Diversas experiencias en la práctica clínica evidencian que la intervención de enfermería es regular, algunas “son muy comunicativas y hasta hacen reír a los pacientes con algunas bromas que realizan”;

sin embargo, los pacientes y sus familiares suelen manifestar: “No me escucha” “no le entiendo lo que me explica” “no tiene tiempo, está siempre apurada”; razón por la que es importante indagar las causas de esta realidad y preguntarme: ¿Será importante educar al cuidador para que brinde un mejor cuidado? ¿La educación que imparta la enfermera ayudará a mejorar los cuidados que brinde el cuidador al paciente oncológico?

Por lo anteriormente mencionado, he creído conveniente realizar el presente estudio de investigación a fin de promover la realización de modelos de intervención educativa para los cuidadores de pacientes oncológicos que reciben quimioterapia ambulatoria, ya que las personas que cuidan a estos pacientes oncológicos deben tener conocimientos básicos para mejorar la calidad de vida de estos.

B. Formulación del problema

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriormente descritas, se formuló el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la efectividad de un modelo de intervención educativa para familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en la Sala de Quimioterapia ambulatoria en el Hospital Daniel Alcides Carrión?

C. Justificación

La enfermera que trabaja en el área de Oncología, tiene como rol fundamental brindar un cuidado integral al paciente con diferentes tipos de Cáncer a través de tratamientos especiales promoviendo la participación de la familia, teniendo en cuenta los aspectos éticos, legales y el impacto que genera en el paciente. El tiempo prolongado de la aplicación de este tratamiento, las complicaciones que surgen, las diferentes respuestas humanas etc., nos enfrentan a una vasta extensión de consecuencias físicas, emocionales y sociales para el paciente y su familia, que requiere de cuidados continuos y precisos por parte de profesionales enfermeros expertos por sus habilidades y conocimientos especializados más allá de los puramente técnicos.

Es así como el profesional de Enfermería tiene que estar en la capacidad de brindar educación al familiar del paciente oncológico para que así conozca sobre el manejo de los cuidados que debe realizar en el hogar, de esta manera se contribuye a evitar complicaciones en el estado de salud. En consecuencia siendo esta una enfermedad de salud pública a nivel mundial; todo esfuerzo de mejorar y optimizar el mensaje educativo es de vital importancia con ello se garantizará un cuidado integral no solo en el hospital sino en el hogar. Por ello un modelo de intervención educativa para la adecuada atención y cuidados que debe recibir durante y posteriormente al tratamiento de quimioterapia lo consideramos relevante.

D. Objetivos

Los objetivos que se han formulado para la presente investigación son:

1. General

-Demostrar la efectividad de un modelo de intervención educativa para familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en Hospital Daniel Alcides Carrión.

2. Específico:

-Diseñar un modelo de intervención educativa para familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en Hospital Daniel Alcides Carrión.

-Aplicar un modelo de intervención educativa para familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en Hospital Daniel Alcides Carrión.

-Contrastar los conocimientos de los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia antes y después de la aplicación de un modelo de intervención educativa en el Hospital Daniel Alcides Carrión.

E. Propósito

La presente investigación permite optimizar la intervención educativa de Enfermería de los familiares de pacientes oncológicos sometidos por quimioterapia ambulatoria; para así generar actitudes positivas en el paciente y familia, así como reducir el impacto de la quimioterapia y desarrollar una adecuada calidad de vida durante este tratamiento.

F. Marco teórico

F.1 Antecedentes

Al revisar la literatura se ha encontrado los siguientes trabajos de investigación que se relacionan con el presente trabajo, así tenemos que:

1. Internacional

LaísZáu Serpa de Araújo & col. realizaron un trabajo de investigación “El cuidador principal del paciente oncológico, repercusiones de esta responsabilidad”. Brasilia D. F. -Brasil. 2008. La metodología empleada fue descriptiva prospectiva de tipo cuantitativo. La población estuvo constituida por los cuidadores de pacientes oncológicos sin posibilidad de curación durante los meses de Octubre y Diciembre de 2008. El instrumento utilizado fue un cuestionario cerrado estructurado, cuyos objetivos fueron el de obtener información sobre el perfil de los cuidador; la segunda parte se refiere condiciones socio-

económicas de la paciente y su familia, y la tercera sección se dirigió a la relativa relación médico-paciente-familia. Las conclusiones entre otras fueron:

“La experiencia con el cáncer mejora la relación personal entre el cuidador y el paciente, ya que aumenta la unión en algunos casos recuperando el contacto con la familia y sucede, probablemente por el temor a la pérdida, al presenciar el sufrimiento de un ser querido, y como consecuencia del aumento de la compasión... El cuidado de la higiene, la alimentación, los medicamentos y las visitas médica del paciente son la responsabilidad del cuidador y estas actividades aumentan la carga de ellos, por lo tanto surgen también los efectos negativos de naturaleza física y / o psíquica... Existe un gran porcentaje de familiares (68.3%) con un nivel de conocimiento medio y un porcentaje (21.7%) con un nivel bajo sobre los cuidados en el hogar del paciente oncológico con tratamiento de quimioterapia, relacionados en el aspecto fisiológico principalmente a la higiene oral y genital; alimentación, seguido de los cuidados hacia a la diarrea y sangrado; y concerniente al aspecto psicosocial en cuanto a la deambulación y salir toda vez que desee y pueda...” (1)

Esta investigación se relaciona con el presente estudio ya que se evalúa acerca del conocimiento que tienen los familiares acerca de los cuidados en el hogar del paciente oncológico, es así que ante ello planteó que debe realizarse un modelo de intervención de enfermería para la educación de los cuidados y/o familiares.

2. Nacionales

Liz, Osorio Huamanga, en Lima, en el 2010 realizó un estudio sobre “Vivenciando el cáncer: Impacto en el paciente y familia”. Uno de los objetivos específicos de mayor interés es: Identificar los efectos en la estabilidad personal y del funcionamiento familiar y laboral del paciente con cáncer y Reconocer las redes de apoyo: familiar, económico, social del paciente con cáncer. La población es de 120 pacientes del servicio de Quimioterapia ambulatoria. El estudio es de nivel aplicativo y tipo cualitativo. La técnica que se utilizó fue la observación participante y la entrevista a profundidad semiestructurada; asimismo se establecieron “unidades de análisis o significado” los cuales son: Notando cambios en el cuerpo; Creyendo que se trataba de otra enfermedad, nunca de cáncer; Recibiendo el diagnóstico, Sintiendo el impacto de la enfermedad, Considerando a la familia como fuerza y razón para seguir viviendo, Soportando los efectos adversos del tratamiento. La investigación actual, se relaciona con este estudio ya que certifica que los cuidadores y/o familiares son la red de apoyo más cercano a los pacientes oncológicos a lo cual deben tener conocimiento básico del manejo de los cuidados de estos.

(3)

Kelly Delgado Delgado realizó un estudio de investigación sobre “Percepción de la familia del paciente oncológico sobre el soporte emocional que le brinda la enfermera en UCI-INEN 2009”. Tiene un enfoque cuantitativo, nivel aplicativo descriptivo y de corte transversal. La muestra de estudio corresponde a 80 familiares que acudieron visitar al paciente oncológico de la Unidad de Cuidados Intensivos, durante los meses de setiembre 2008 a enero del 2009. El instrumento

que se utilizó fue la escala de Lickert modificada, que consiste en una serie de ítems o frases que han sido cuidadosamente seleccionados que describe la percepción de los familiares sobre el soporte emocional que le brinda la enfermera. Las conclusiones que se plantearon fueron:

“Existe un porcentaje significativo de percepción desfavorable respecto al soporte emocional que le brinda la enfermera para satisfacer sus necesidades de comunicación en la unidad de cuidados intensivos INEN – 2008, recalando cuando la enfermera realiza otras actividades mientras conversa con el familiar o demuestra poco interés cuando el familiar expresa sus sentimientos.”(2)

Y la investigación real se relaciona ya que al ser la enfermera, el personal de salud que establece mayor comunicación y empatía tanto con el paciente oncológico como en el familiar, esta debe demostrar mayor interés cuando el familiar y/o cuidador exprese sus dudas y sentimientos.

Luisa, Atencio realizó una investigación sobre “Programa educativo sobre las prácticas alimentarias en el hogar del paciente que recibe tratamiento con quimioterapia ambulatoria en el hospital oncológico Padre -Machado ubicado en la parroquia Santa Rosalía del Cementerio en el segundo semestre del 2007-Caracas. Estudio experimental transversal de tipo cuantitativo. La población objeto de estudio estuvo conformada por los pacientes con cáncer que asisten a la consulta de oncológica médica semanalmente del Hospital Oncológico Padre Machado de la parroquia el Cementerio ubicado en la ciudad de Caracas, a recibir tratamiento quimioterapéutico,

distribuido de la siguiente manera Lunes (40) pacientes, Miércoles (32) pacientes y los Jueves (38) paciente, para dar una población total de 110 pacientes. El instrumento utilizado es entrevista sobre las practicas alimentarias en el hogar del paciente que recibe tratamiento con quimioterapia ambulatoria, el cual se elaboró bajo la modalidad de Escala de Likert y estuvo conformado por un total de cuarenta y ocho (48) ítems. Entre las conclusiones planteadas fueron:

“Se pudo evidenciar que el paciente desconoce como a través de la alimentación puede contrarrestar mucho de los efectos que acarrea la quimioterapia ya que ellos no saben cuáles son los alimentos que deben ingerir en el hogar durante el periodo que dure su tratamiento con quimioterapia... Los efectos secundarios de la quimioterapia pueden impedir que un paciente obtenga los nutrientes necesarios para recuperar recuentos sanguíneos saludables entre uno y otro tratamiento quimioterapéutico. La terapia nutricional trata estos efectos secundarios y ayuda a los pacientes que reciben quimioterapia a obtener los nutrientes que necesitan a fin de tolerar y recuperarse del tratamiento, evitar la pérdida de peso y mantener la salud general.”(4)

Ana Cecilia, Aiquipa Mendoza en Lima, en el 2003 realizó un estudio sobre “Calidad de atención de Enfermería según opinión de los Pacientes sometidos a Quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario del INEN”. Los objetivos fueron: Identificar la calidad de atención según la opinión de los pacientes sometidos a quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario UTM. La población fue de 40 pacientes. La técnica fue la encuesta. Las conclusiones fueron entre otras:

“La calidad de atención de enfermería en el servicio de UTM fue “buena”, según la opinión de los pacientes que reciben quimioterapia; en relación a la dimensión humana, dimensión oportuna y dimensión continua es “buena” ya que reciben una atención personalizada, con respeto, amabilidad y continua durante las 24 horas del día; la dimensión segura es “regular” faltándole a la enfermera brindar educación al paciente y a la familia sobre su autocuidado”(5)

Esta investigación se relaciona con el presente estudio, ya que se evalúa se reafirma que a la enfermera le falta brindar educación tanto al paciente oncológico como al familiar para lograr mejorar la calidad de vida del paciente.

F.2 Base teórica

1. El paciente oncológico

a. Cáncer más frecuente.

En el 2013, la Organización Mundial de la Salud, indica que el cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo con unas 13 millones de personas diagnosticadas y 7,5 millones de decesos cada año. Se prevé que las muertes por cáncer sigan aumentando en todo el mundo y alcancen la cifra de 16 millones en el año 2020, de seguir las cosas como están. De otro lado, en la actualidad viven 24.6 millones de personas con cáncer, lo que pudiera aumentar si no se actúa ya. (10)

En América Central, del Sur y el Caribe ocurren aproximadamente 479,900 muertes por cáncer anualmente, de las cuales 245,000 ocurren entre los varones y 234,000 entre las mujeres. El cáncer de pulmón ocasiona en la población más muertes que cualquier otro tipo de cáncer. Los hombres se enferman más de cáncer de pulmón, estómago, garganta y vejiga que las mujeres. El cáncer que es causado por agentes infecciosos, como el caso del hígado, estómago y cuello uterino tienen mayor prevalencia en los países en desarrollo, en tanto que en los países desarrollados los cánceres más frecuentes se sitúan en próstata, mama y colon. (7)

El registro de Cáncer de Lima Metropolitana, al considerar ambos sexos como un todo, es importante resaltar, que dentro de las neoplasias más comunes se encuentran las de la mama femenina, las del cuello uterino y las de próstata, órganos accesibles que debido a su naturaleza permiten la detección precoz; por lo cual si se establecieran programas de prevención, el volumen de atención de casos de estos cánceres, al igual que el porcentaje de pacientes que llegan en estadios avanzados de la enfermedad disminuirían significativamente. (3)

b. Señales de alarma del Cáncer

Algunas de las señales de alarma del cáncer son:

i. Pérdida de peso inexplicable

La mayoría de las personas con cáncer experimentan pérdida de peso en algún momento. Cuando pierde peso sin razón aparente, a esto se le llama pérdida de peso inexplicable. Una pérdida de peso inexplicable de casi 5 kilos (alrededor de 10 libras) o más puede ser el primer signo de cáncer. Esto ocurre con más frecuencia en caso de cáncer de páncreas, estómago, esófago o pulmón. (8)

ii. Fiebre

La temperatura es una magnitud referida a las nociones comunes de caliente, tibio o frío que puede ser medida con un termómetro. En el hombre, si se mide la temperatura axilar al ser mayor de 37.5^a C y menor de 38 C se llama febrícula. Si la temperatura axilar es mayor o igual a 38° C y menor de 40 C se llama fiebre. Si es mayor o igual a 40° C se llama hiperpirexia. (10)

Y uno de las señales de alarma más comunes es la presencia de fiebre en los pacientes que tienen cáncer, aunque ocurre con más frecuencia después que el cáncer se ha propagado del lugar donde se originó. Casi todos los pacientes de cáncer experimentarán fiebre en algún momento, especialmente si el cáncer o sus tratamientos afectan al sistema inmunitario. Esto posiblemente dificulta al organismo para combatir aún más las infecciones. Con menor frecuencia, la fiebre puede ser un signo temprano de cáncer, como por ejemplo en caso de la leucemia o el linfoma.

iii. Fatiga

La fatiga es un agotamiento extremo que no mejora con el descanso. Puede ser un síntoma importante a medida que el cáncer progresa. Aunque puede presentarse en las etapas iniciales de la enfermedad, especialmente en algunos tipos de cáncer como la leucemia, o si la enfermedad causa pérdida de sangre, como sucede con algunos cánceres del colon o estómago.

iv. Dolor

El dolor puede ser un síntoma inicial de algunos cánceres, tales como el cáncer de los huesos o el cáncer testicular. Un dolor de cabeza que no desaparece o que no se alivia con tratamiento puede ser un síntoma de un tumor cerebral. El dolor de espalda puede ser un síntoma de cáncer de colon, recto u ovario. Con más frecuencia, el dolor debido al cáncer es un síntoma de que la enfermedad ya se propagó del lugar donde se originó (metástasis).

v. Cambios en la piel

Junto con los cánceres de la piel, algunos otros cánceres pueden causar síntomas o signos que se pueden ver. Estos signos y síntomas incluyen:

- Oscurecimiento de la piel (hiperpigmentación).
- Coloración amarillenta de la piel y de los ojos (ictericia).
- Enrojecimiento de la piel (eritema).
- Picazón (prurito).
- Crecimiento excesivo de vello.

vi. Tratamiento del Cáncer

a. Cirugía

- Cirugía Curativa

Pueden presentarse dos situaciones: i) cuando el primario se conoce pero la metástasis están ausentes; en este caso debe resecarse el tumor primario como en el epitelionabasocelular, pero en un carcinoma espinocelular o en un melanoma es aconsejable hacer además una disección regional profiláctica de los ganglios linfáticos, ii) cuando el primario y las metástasis se conocen se hará una resección en bloque de ambos.

La cirugía radical en cáncer a menudo conlleva defectos cosméticos; sin embargo, se debe tratar de hacer una reconstrucción inmediata y funcional para reincorporar al enfermo a la sociedad lo antes posible. La escisión del cáncer de piel debe realizarse con márgenes libres de tumor, comprobado mediante biopsia de congelación. Aproximadamente es de 0.5 cm. de margen en el epitelionabasocelular de 1-2 cm. de margen en el carcinoma espinocelular y de 5 cm. de margen en el melanoma.

Los bordes del espécimen deben ser marcados para su identificación.

- Cirugía Profiláctica

Puede presentarse una tercera situación y es cuando las metástasis se conoce pero el primario permanece desconocido aún después de agotar todos los medios de diagnóstico; aquí la actitud será la resección quirúrgica de las metástasis, ya que a veces el primario puede ser destruido por las defensas inmunológicas, y porque con frecuencia las metástasis no responden a la cobaltoterapia o a la quimioterapia como es el caso de las metástasis del cáncer de cabeza o de mama, éstas suelen agrandarse, se ulcera y se infectan.

b. Radioterapia

La radioterapia consiste en el uso de varias formas de radiación para tratar el cáncer y otras enfermedades de forma segura y eficaz. La radioterapia funciona destruyendo las células; las células normales pueden repararse solas, pero las células cancerosas no. Las técnicas nuevas también permiten localizar mejor la radiación para proteger las células sanas.

La radiación también se puede usar para aumentar la eficacia del tratamiento primario. Por ejemplo, se puede dar radioterapia antes de la cirugía para reducir el tumor para que la operación sea menos extensa, o se puede dar radioterapia después de la cirugía para

esterilizar las pequeñas cantidades de cáncer que puedan haber quedado.

La radioterapia se puede administrar de dos formas: externa o internamente. En la radioterapia de haz externo, el personal de radioterapia usa una máquina para dirigir al cáncer rayos X de alta energía. La radioterapia interna o braquiterapia consiste en colocar fuentes radioactivas (como por ejemplo, semillas radioactivas) dentro del cuerpo.

- Radioterapia de haz externo

En la radioterapia externa se dirige un haz de radiación al tumor a través de la piel para destruir tanto el tumor principal como las células cancerosas cercanas. Para reducir al mínimo los efectos secundarios, los tratamientos en general se dan cinco días por semana (de lunes a viernes) durante varias semanas. Esto permite administrar la radiación necesaria para esterilizar las células cancerosas, y darle tiempo de recuperación a las células sanas.

- Radioterapia de intensidad modulada

La radioterapia de intensidad modulada o IMRT, el haz de radiación se puede dividir en muchos haces muy pequeños, y es posible modificar individualmente la intensidad de cada uno. Con la IMRT es posible limitar aún más la cantidad de radiación recibida por los tejidos normales cercanos al tumor. Con frecuencia esto permite dar una mayor dosis de radiación, lo que podría aumentar la probabilidad de curación.

- Radioterapia estereotáxica

La radioterapia estereotáxica es una técnica que le permite al radioncólogo enfocar los haces de radiación de forma extremadamente precisa para destruir ciertos tipos de tumores. Debido a esta gran precisión, es posible no afectar tanto tejido sano. Esta mayor precisión se logra mediante una inmovilización firme, como un halo rígido de fijación para la cabeza usada en el tratamiento de los tumores de cerebro. La radioterapia estereotáxica se da a menudo en una sola dosis (a veces llamada radiocirugía), pero algunos casos requieren más de una dosis. Además de tratar algunos tipos de cáncer, la radiocirugía se puede usar también para tratar malformaciones arteriovenosas vasculares cerebrales y ciertas enfermedades neurológicas no cancerosas (benignas), la llamada radiocirugía funcional.

- Braquiterapia

La braquiterapia, también llamada radioterapia interna, consiste en colocar material radioactivo dentro de un tumor o en los tejidos circundantes. El radioncólogo puede administrar una dosis grande de radiación directamente a las células cancerosas porque las fuentes de radiación se colocan en proximidad al tumor. (11)

vii. La quimioterapia como tratamiento más frecuente-

a. Concepto

La quimioterapia consiste en el empleo de medicamentos citotóxicos para tratar el cáncer.

b. Tipos

- Terapia adyuvante: Se utiliza un curso de quimioterapia combinada con otra modalidad de tratamiento (cirugía, radioterapia, bioterapia) con el objetivo de tratar micrometástasis.
- Quimioterapia neoadyuvante: La quimioterapia se administra para reducir un tumor antes de extirparlo en la cirugía.
- Terapia primaria: Se usa en pacientes con cáncer localizado para quienes existe un tratamiento alternativo pero que no es completamente alternativo.
- Quimioterapia de inducción: Terapia farmacológica que se administra como tratamiento primario en pacientes con cáncer que no son candidatos para un tratamiento alternativo.
- Quimioterapia combinada: Administración de dos o más agentes quimioterapéuticos para tratar el cáncer; permite que cada medicamento intensifique la acción del otro o que actúen de manera sinérgica.

c. Manifestaciones de la quimioterapia

c.1 Manifestaciones físicas

La quimioterapia destruye las células cancerosas pero a la vez también destruyen células normales del organismo, lo que genera malestar durante el tratamiento. Los efectos más comunes de la quimioterapia se presentan frecuentemente en:

Efectos de la quimioterapia sobre la médula ósea

- En los glóbulos rojos: Estas células están disminuidas y se producirá la anemia que tiene las siguientes síntomas: Palidez, cansancio, mareo, debilidad, así como dificultad para respirar.
- En los glóbulos blancos (leucocitos): Estos disminuyen lo cual podría presentar: fiebre mayor de 38 °C, escalofríos, ardor al orinar, diarrea, dolor abdominal, dolor de garganta, tos con o sin flema.
- En las plaquetas: Disminuyen y podría presentar: Moretones inesperados, pequeñas manchas rojas debajo de la piel, orina de color rojo o rosado, desechos fecales de color negro o con sangre, cualquier sangrado de las encías o la nariz, dolores de cabeza intensos, mareos, debilidad, dolor en las articulaciones y músculos. (11)

Efectos sobre el cabello: (a nivel de los folículos pilosos)

La quimioterapia afecta a la zona donde nace el cabello (folículos pilosos). Se pierde el pelo en todas las partes del cuerpo, no solamente en la cabeza. También se afectan los vellos de la cara (incluyendo las cejas y las pestañas), los brazos y las piernas, las axilas y la región púbica. Por lo general, esto no ocurre inmediatamente.

Efectos sobre el sistema digestivo

Este sistema que se extiende desde la boca hasta la zona del recto, compromete la garganta, esófago, estómago e intestinos. Los efectos que se pueden ver son:

- Sequedad de la boca y cambios en la percepción del sabor

La Quimioterapia que recibe puede dañar, en forma temporal, las glándulas salivales y las papilas gustativas de tal forma que la producción de saliva disminuye y el sabor de los alimentos no se distingue.

- Lesiones en la boca; mucositis

La inflamación y ulceración de la mucosa (capa protectora) de la boca, suele presentarse en forma de heridas o llagas y ocurre en la primera o segunda semana después de iniciado el tratamiento.

- Dificultad para pasar alimentos y líquidos (disfagia)

Al igual que la mucositis este es un efecto temporal que suele producirse por algunos tratamientos de quimioterapia, en este caso

lesionando la mucosa (capa protectora) de la garganta, lo cual provoca dificultad para pasar los alimentos e incluso el agua.

- Pérdida del apetito

El paciente no tiene ganas de comer porque siente una sensación de llenura del estómago.

- Náuseas y vómitos

Las náuseas son una sensación desagradable, que suelen producirse antes de vomitar. Los vómitos son contracciones fuertes de los músculos del estómago que hacen que su contenido suba y salga por la boca.

- Diarrea

Cuando la quimioterapia afecta las células de la pared interna del intestino, el resultado puede ser diarrea. Es la defecación frecuente (3 o más veces al día) de heces líquidas o pocas formadas y que puede estar acompañada o no de dolor y/o retortijones.

- Fatiga

Es la sensación de falta o pérdida de fuerza y/o energía para realizar cualquier actividad que normalmente realice. Suele relacionarse con el cansancio, flojera, desgaste o incapacidad para concentrarse, etc.

c.2 Manifestaciones psicológicas

El tratamiento de quimioterapia puede traer cambios importantes en la personalidad del paciente, quien en algunas ocasiones puede sentirse, triste, ansioso, enojado y presionado. Padecimientos psicológicos como la depresión, el miedo y la ansiedad se pueden

presentar en las personas que están en tratamiento, por lo que en ocasiones puede ser necesaria una terapia psicológica paralela al tratamiento.

Recomendaciones para controlar la tensión y el estrés; que provoca un tratamiento de quimioterapia, deberán realizar actividades alternativas como:

- Practicar ejercicios de respiración para relajarse.
- La hipnosis puede ayudar a reducir la ansiedad y los malestares.
- Las actividades recreativas: ver televisión, escuchar el radio, la lectura, el cine, etc. le ayudarán a mantener la mente ocupada. (17)

c.3 Manifestaciones sociales

Los problemas que surgen son:

- Cambio o pérdida de status social por la pérdida o cambio de trabajo.
- Aislamiento social.
- Cambio en el nivel socioeconómico.
- Cambio en la utilización del tiempo libre.

El simple hecho de vivir conlleva la aparición de problemas propios de la vida cotidiana y de las diferentes experiencias que se presentan a lo largo de la vida, bien sean propias de los ciclos vitales de la persona o de la familia, bien debidas a cambios inesperados o imprevistos como enfermedad, cambios sociales y económicos, etc. Lo importante no es evitar esos problemas, sino resolverlos

adecuadamente, de forma que creen el mínimo estrés. Para ello, las personas disponen de una serie de recursos que ayudan a su solución o bien a soportar los problemas de manera adaptativa. (13)

d. Teoría de los síntomas desagradables

Las teorías de enfermería permiten observar las diferentes situaciones de salud, guiar los cuidados y generar vínculos más directos con la investigación y la práctica, además, otorga una explicación más específica y organizada a la observación del fenómeno de interés. Esta teoría de mediano rango es una de ellas, que puede ser aplicada al control de las manifestaciones en los cuidados de enfermería paliativos; contiene símbolos, ideas y conceptos que permiten orientar la existencia de una retroalimentación entre las consecuencias de los resultados de la experiencia de síntomas (calidad de vida) y la experiencia de síntomas.

Es así que el propósito de esta teoría es mejorar la comprensión de la experiencia de la gran variedad de síntomas en diversos contextos y proporcionar información útil para el diseño de medios eficaces para prevenir, mitigar o controlar los síntomas desagradables y sus efectos negativos.

Esta consta de tres componentes y cuatro dimensiones. Los componentes son:

- Los síntomas experimentados por el individuo, definidos como los indicadores del cambio, percibidos en el funcionamiento normal como lo experimentan los pacientes, lo cual se considera una experiencia subjetiva, pues solo es informada por el paciente. En ocasiones, un síntoma puede considerarse una

experiencia multidimensional, es decir, tiene una cierta intensidad, una coordinación (duración y frecuencia), un nivel percibido de angustia y de calidad.

- Los factores influyentes son tres, que interactúan entre sí e intervienen en las dimensiones de los síntomas. A continuación se aborda brevemente cada uno de ellos: (i) los fisiológicos, que están relacionados con los sistemas orgánicos normales, las patologías y los niveles de nutrición, entre otros; (ii) los psicológicos, que se asocian con el estado anímico, la personalidad y el grado de ansiedad, y (iii) los situacionales, que se relacionan con las experiencias personales, el estilo de vida, el apoyo social y el acceso a recursos financieros, a la atención de los servicios de salud en forma oportuna, eficaz y eficientemente, cuidado por personal con las competencias para el tratamiento de síntomas físicos oncológicos o no oncológicos y el abordaje adecuado de la problemática psicológica.
- La realización de la experiencia del síntoma es el componente final de la teoría. Es el resultado o efecto de la experiencia del síntoma, incluye actividades funcionales y cognitivas. La realización funcional se conceptualiza ampliamente, porque incluye actividades de la vida diaria, físicas, sociales y laborales. La realización cognitiva incluye la concentración, el pensamiento y la resolución del problema.

Una vez analizados los componentes de la teoría, es necesario conocer las dimensiones, que son atributos, antecedentes, similitudes o analogías, relaciones y consecuencias para lograr un mejor entendimiento de la experiencia de los síntomas desagradables, donde

el sustrato principal es el mismo paciente y su cuidador más cercano. Estas son:

-La dimensión intensidad o gravedad: Se refiere a la severidad, fuerza o cantidad del síntoma que experimenta, siendo fácilmente cuantificable. Existe evidencia que es utilizada en cuidados paliativos oncológicos sobre la evaluación de los síntomas, de que no sólo puede ser considerado lo que el paciente describe, sino también a través de la observación de la enfermera/o, familiar o cuidador.

-La dimensión angustia: Se refiere al aspecto afectivo o al grado de molestia que experimenta el paciente por la experiencia de los síntomas. Frente a un mismo síntoma los sujetos pueden experimentar diferentes niveles de angustia. En cuidados paliativos existe evidencia que determinados síntomas (como el dolor, anorexia, náuseas, fatiga) tienen significados diferentes en la persona enferma. Estos, además, pueden tener repercusiones en su ambiente más próximo como su familia y/o seres queridos. (13)

-La dimensión tiempo: Incluye la duración y frecuencia del o los síntomas. El tiempo permite diferenciar los síntomas agudos de los crónicos que tienden a ser de diferente naturaleza y que deben ser tratados de manera diferente. Esta dimensión es relevante en cuidados paliativos porque, generalmente, los síntomas son de naturaleza crónica y de larga duración, que a su vez varían en el tiempo y en el mismo paciente. Como por ejemplo, el dolor y otros síntomas se mantienen hasta los últimos momentos de vida y pueden ser cada vez más intensos si no se manejan adecuadamente a medida que avanza la enfermedad. Por lo tanto, para tener una visión de esta dimensión, en los cuidados paliativos de enfermería convendría preguntar a los

pacientes en qué momento se manifiestan los síntomas o cuándo son más intensos, desde cuándo lo tiene, si es permanente o varía en el tiempo. (18)

-La dimensión calidad del síntoma: Se refiere a la naturaleza de los síntomas o a la manera en que se manifiesta o experimenta, es decir, lo que se siente al tener el síntoma. Este aspecto de la teoría es muy relevante pues permite caracterizar el síntoma, reconocerlo y tratarlo adecuadamente. Los cuidados de enfermería, en este aspecto, deberían considerar el consultar por ejemplo: cómo le duele; cómo se siente con las náuseas, cuánto le limita este síntoma el alimentarse; o la fatiga: si puede realizar las cosas habituales o debe limitarse sólo a cosas menores, cuánto depende de cuidadores para realizar las cosas habituales. (18)

Es así como esta teoría está basada en la premisa de que existen puntos en común en las diferentes manifestaciones experimentadas por los pacientes. Su marco teórico tiene utilidad para la práctica y la investigación pues, proporciona un esquema de organización y fomenta el pensamiento integrador entre muchos aspectos de la experiencia de los síntomas. El contenido teórico considera el síntoma como una experiencia individual subjetiva, sin embargo, no lo considera de manera aislada, por el contrario, toma en cuenta el contexto familiar y social, junto con los factores situacionales que pueden influir en los síntomas. Desde esta perspectiva se enriquece la mirada integradora de la enfermería.

La teoría aporta a los cuidados paliativos la visión de retroalimentación entre las consecuencias de los resultados (calidad de vida) de la experiencia de síntomas y la experiencia misma de los

síntomas. Los pacientes que logran manejar bien los síntomas, ya sea, porque se controlan los factores influyentes y la interacción entre las diferentes dimensiones de los síntomas, tienen una mejor experiencia de los síntomas.

De acuerdo con lo citado, esta teoría es aplicable a las medidas de calidad de vida relacionadas con la salud especialmente en la persona con cáncer para valorar los resultados finales y las consecuencias de la experiencia de síntomas.

Este es el real aporte de la teoría de los síntomas desagradables a la práctica y a la investigación de enfermería en los cuidados paliativos debido a que orienta la estructuración de guías o protocolos de cuidados de enfermería, como se realizaría en este estudio. Además que sugiere la evaluación de los síntomas a través de la participación de los cuidadores o la familia, cuando el paciente no es capaz de comunicarse.

2. La familia y el paciente oncológico

a. Familia ante el diagnóstico.

El cáncer genera desequilibrio en los familiares, estudiosos describen la aparición de una serie de etapas que afrontan, las cuales son las siguientes:

- Impacto: En este momento la persona evidencia la pérdida. Puede durar desde algunos instantes a muchos días. Esto sucede después de diagnóstico de la enfermedad o cuando se le dice a

la familia, que ya no se puede ayudar más a su familia, y desahucia.
(14)

- Negación. La persona niega la realidad de la pérdida o se resiste a tomar conciencia de la realidad”. En esta etapa ellos niegan que le está sucediendo a ellos, y dicen por ejemplo seguramente deber haber algún error. Durante esta etapa el paciente aún no está preparado para reconocer la grave de su enfermedad. Algunos conservan la negación hasta el momento de la muerte, y siempre miran hacia adelante como si fuera haber mejoría, y en el caso cuando se trata de un paciente con cáncer de mama, recién diagnosticado la negación llega hasta el límite de decir que no tengo nada, y que va a pasar conmigo es error, y pueden llegar hasta pensar que es mentira o una pesadilla. (14)

- Rabia, cólera. La persona ante esta situación límite reacciona violentamente. Genera violencia porque hay una situación inasumible”, en cuánto a este punto es frecuente que se desquite con los que tiene más cerca y quizá critique mucho la atención que recibe, sobre todo de la enfermera y el médico que lo atiende, o al caso más grave del familiar que se encuentran al lado, se quejan por todo. (9)

- Tristeza. El paciente entra en una situación de soledad profunda y de íntima conciencia de sufrimiento. En este caso, se siente defraudado por la vida, pero comienzan a tomar conciencia de lo que le está pasando. (14)

- Negociación. El paciente inicia un proceso de aceptación. Se es consciente de la pérdida y realiza una negociación con quien cree que puede darle soluciones: médicos, Dios, recursos alternativos,

etc., porque la pérdida se le hace insoportable. En esta parte del duelo van regateando con personas o con el destino, como por ejemplo si me curo voy a portarme mejor en la vida, y a solucionar o cambiar mi forma de ser, esto es un típico comentario de las personas, donde sienten que su salud está involucrada. (14)

- Aceptación. La persona asume que la pérdida se ha producido, aquí ya se acepta por completo el proceso por el que se está pasando, y se puede llegar hablar con el médico para colocarse en control y como se puede solucionar el problema. (14)

Los familiares pasan por las mismas etapas del paciente pero muchas veces no de la misma manera. La enfermera puede ayudarlo procurándoles intimidad, permitiéndoles el acceso al paciente y mostrándoles un poco de amabilidad para consolarlos por la situación que está enfrentado en la actualidad. Es importante que los familiares sientan que su enfermo y ellos, reciben la mejor atención posible.

Ayudarlo a salir de la depresión por el diagnóstico dicho por su médico, y también si la enfermedad está muy avanzada a la hora de morir ayudarlo con dignidad y paz es quizá una de las contribuciones más valiosa que puede hacer la enfermera a la tranquilidad del paciente y sus familias.

b. Crisis situacional

Es un estado de desequilibrio severo en individuos que se enfrentan a una situación amenazante y se sienten atrapados sin escapatoria, bloqueado toda habilidad de desarrollo usual en busca de una solución.

La tensión se manifiesta de forma aislada, real, específica, y extrínseca: Si alguien muere, la casa se quema, la economía familiar se derrumba, la tubería se rompe, justo cuando están por llegar los invitados, secuestran a un hijo, un problema de salud (cáncer).

Los rasgos más importantes de esta crisis es la tensión que surge claramente de fuerzas ajenas a la familia, es real, no podría habérsela previsto, nunca ocurrió antes, no es probable que vuelva a ocurrir. Ni los exámenes de conciencia ni las culpas resultan apropiados ni útiles para hacerle frente (aunque ambos suceden). Tratar de prever su recurrencia estaría fuera de lugar (aunque esta ansiedad es casi universal). Lo que puede hacer la familia es concentrar la mayor parte de su atención en lograr el reagrupamiento necesario para mantenerse en funcionamiento.

c. Problemas del familiar del paciente oncológico.

La familia contribuye a los cuidados del enfermo y tiene que recibir la atención e instrucciones necesarias por parte del equipo de cuidados para no influir negativamente en la evolución del paciente.

La enfermedad terminal separa al paciente y a su familia solo en el cuerpo de quien la sufre, por lo que en el manejo debe incluirse a cada uno de los miembros, en una situación límite como la enfermedad terminal, los conflictos familiares afloran y pueden influir negativamente sobre la persona afectada.

Básicamente la familia se ve sometida a cuatro tipo de problemas:

- Desorganización: La enfermedad quebranta los recursos adaptativos para afrontar situaciones difíciles que antes habían sido exitosos.
- La ansiedad: Conductas hipertensivas, irritabilidad, intolerancia entre unos y otros.
- Labilidad emocional: Reacción oscilante y superficial cuando la capacidad de contener, frenar y organizar las respuestas afectivas se muestra suficiente.
- Tendencia a la introversión: La enfermedad y la muerte son poderosas fuerzas centrípetas que ejercen un efecto de muralla en la familia, la cual para defenderse implanta nuevas normas.

El estrés psicológico cambia la dinámica familiar, dentro de la cual se desarrollan nuevos patrones de afrontamiento y convivencia:

- Constantes visitas al hospital
- Acompañamiento a las consultas.
- Análisis y tratamientos.
- Largas noches de acompañamiento.

d. Impacto social y emocional de la familia ante el diagnóstico y tratamiento.

Según Zorrila Ayllón, Isabel indica que ante la evidencia del diagnóstico, la familia puede reaccionar de diferentes formas que van a

ser más o menos perjudiciales para el paciente pero que pueden ser modificadas tras la detección y adecuada intervención de los diferentes miembros del equipo sanitario:

- Conspiración de silencio.

Es una distorsión de la comunicación en la que se le oculta al paciente una parte importante de información sobre el diagnóstico, la situación actual de su enfermedad y/o sus consecuencias. Suelen estar implicados la familia, el equipo sanitario e incluso el propio paciente, que finge no conocer la realidad. Uno o varios miembros de la familia se responsabilizan de tomar decisiones por el paciente.

Esta situación se genera por varios motivos:

- Autoprotección de la familia, que al no reconocerla enfermedad, no tiene necesidad de hablar de ella ni de expresar y/o compartir emociones difíciles.
- Protección del paciente, con la creencia de que se le están evitando sufrimientos.

Las repercusiones de esta situación en el paciente son:

- Le impedirá tomar sus propias decisiones.
- No podrá compartir sus sentimientos, dudas y temores con las personas más allegadas, lo que producirá aislamiento y soledad.
- Le preocupará no tener tiempo para arreglar sus propios asuntos.

- Sentimiento de incapacidad e incertidumbre.

El miedo, la angustia, la falta de conocimientos, la incertidumbre y la inexperiencia pueden desencadenar un bloqueo físico o psíquico que impide a los miembros de la familia llevar a cabo los cuidados que requiere el paciente. Es lo que se llama claudicación familiar y se manifiesta por la incapacidad de mantener la comunicación con el paciente, los individuos sanos de la familia y el equipo de cuidadores. Generalmente no todos los miembros de la familia claudican a la vez, salvo cuando se da una crisis de claudicación familiar total. Se considera que tienen mayor riesgo las familias en las que sólo hay un cuidador principal.

- Sentimiento de culpa y sobreprotección.

Es muy difícil que la familia no tenga ninguna circunstancia que recriminarse: tiempo perdido, determinadas actitudes, decisiones, objetivos inalcanzables, autorreproches, etc. Generalmente la ansiedad y este sentimiento de culpa son lo que los empuja a asumir tareas que el paciente está perfectamente capacitado para realizar, con lo que se favorecen en el individuo sentimientos de incapacidad.

- Aislamiento social.

La familia se aísla para ocultar la enfermedad a los demás, evitar influencias, consejos o incluso que se altere el grado de información que tiene el paciente (10).

e. Valoración del conocimiento y capacidad de la familia

La valoración se enfoca en cada capacidad del familiar para cuidar al paciente, durante y después de la terapia. En consecuencia la valoración incluye siempre, no sólo, los signos y síntomas de la enfermedad, si no, también las capacidades de brindar los cuidados al paciente, el conocimiento y la toma de conciencia de la familia, como:

- 1) Qué sabe la familia del cáncer y su diagnóstico, así como del tratamiento específico;
- 2) Cómo tratan los síntomas en el hogar;
- 3) Cómo se enfrentan con la angustia;
- 4) Cuáles son su valores y sus fuerzas;
- 5) Dónde pueden estar sus limitaciones.

f. Apoyo y comunicación de la familia con el paciente oncológico

El apoyo es esencial para que el paciente oncológico se ajuste a los conflictos que inevitablemente se presentan cuando intentan recuperar su anterior papel y sus responsabilidades y mientras continúen asistiendo para recibir la quimioterapia o realizar cualquier medida tendente a controlar el cáncer.

El apoyo es algo más que un refuerzo para la enseñanza, el apoyo es alentarle frente a lo aprendido, y sostenerle para que luche contra el estrés y el cambio. El apoyo de la familia, de los amigos y de la comunidad puede dar al paciente una base más fuerte y un lugar para descansar en medio de las dificultades.

“El peso y la importancia que la familia tiene en el desarrollo y evolución de la persona, aumentan su potencial de acción en la

interacción de cada uno de sus miembros; por lo tanto, la familia definida como sistema se ve afectada como tal, cuando alguno de sus miembros sufre algún cambio vital. Bowen en su teoría de los sistemas propone la comprensión de la familia como un organismo, dentro del cual, lo que le ocurra a cada uno de sus miembros va a repercutir en todos los demás” (16)

La interacción comunicativa es siempre un proceso complicado en el que intervienen múltiples factores y que, en los momentos en que está próxima la muerte, aumentan significativamente las dificultades para llevarla a cabo. Tanto el personal sanitario como la familia del paciente se enfrentan a decisiones difíciles que pasan necesariamente por la comunicación, en mayor o menor grado, de malas noticias, sabiendo que, ni el mejor comunicador ni el mejor protocolo de intervención pueden evitar el impacto que supone para el enfermo saber la gravedad de su situación. La apertura de los canales de comunicación afectiva o emocional entre la familia y el paciente se muestra como clave para conseguir el bienestar y/o disminución del sufrimiento en ambos.

3. Rol de la enfermera en el cuidado del paciente oncológico

a. Rol asistencial de Enfermería al paciente oncológico.

Cumple con las siguientes funciones:

- Realizar la valoración inicial y plan de cuidados a medio y largo plazo.

- Realizar la valoración focalizada de signos y síntomas antes, durante y al finalizar el tratamiento.
- Realizar el PAE, con método científico de la profesión.
- Registrar en la hoja de enfermería, toda la información disponible de los problemas identificados: el tipo de tratamiento, nombre del protocolo, laboratorio, escala numérica de performance y dolor, tipo de acceso venoso, la administración de medicamentos y su evolución.
- Registrar en el reporte de enfermería, Apellido y nombre del paciente, protocolo de medicación y tipo de acceso.
- Identificar, comunicar, y efectuar acciones en pacientes con alteraciones de los signos vitales durante el tratamiento.
- Coordinación con el resto del equipo de las acciones que se deben emprender ante puntuales cambios clínicos.
- Estricto cumplimiento de protocolos terapéuticos y cuidados.
- Mantener una comunicación fluida y buen trato con el paciente y la familia, estableciendo de esta manera una relación terapéutica.

b. Rol educativo de Enfermería al paciente oncológico y familia.

El rol de la enfermería, al igual que la de otras profesiones de la salud, debe incluir la información y educación del paciente y familia sobre la salud. Este rol educador se está convirtiendo en prioridad, ya

que la tendencia del cuidado de la salud se centra en el paciente, como centro de la atención y como persona que toma la decisión del tratamiento y el tipo de cuidado que se va a realizar. Ante ello, educar a la familia reafirma la capacidad cuidadora de ésta, orientándola sobre aspectos concretos en favor al bienestar del enfermo. El fluido constante de comunicación sobre sus dudas, experiencias, y la participación conjunta permite que los cuidadores se vayan nutriendo de una buena dosis de elementos que favorecerán un posterior duelo saludable.

Es así como la enfermera que labora en el servicio de quimioterapia ambulatoria debe brindar orientación al paciente y sus familiares sobre los múltiples aspectos de la quimioterapia que requieren valoraciones e intervenciones de enfermería eficientes, por lo que la enfermera debe motivar al paciente y su familia para que formen parte de la planificación de la atención y su realización y de esta manera promover en forma efectiva el autocuidado del paciente oncológico.

G. Hipótesis

H0: El modelo de intervención educativa impartido no es efectivo en el incremento de conocimientos de los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia

H1: El modelo de intervención educativa impartido es efectivo en el incremento de conocimientos de los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia.

H. Definición operacional de términos

A continuación se presenta algunos términos a fin de facilitar la comprensión:

EFFECTIVIDAD: Incremento de conocimientos que tiene el familiar del paciente oncológico, luego de la intervención educativa sobre cuidados en el hogar después de la quimioterapia, con respecto de la medición basal.

MODELO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA: Es un programa educativo que consta de 3 momentos: Momento 1: Captación- Realización del Pretest - Capacitación. Momento 2: 1° Visita Domiciliaria- 1° Evaluación del post test -Refuerzo de la capacitación. Momento 3: 2° visita domiciliaria –2° Evaluación del postest- Refuerzo de la capacitación.

CUIDADOS EN EL HOGAR PARA PACIENTE ONCOLÓGICO: Acciones de soporte, asistencia o de ayuda al paciente oncológico que recibirá en el hogar posteriormente al tratamiento de quimioterapia.

PACIENTE ONCOLÓGICO: Es toda persona varón o mujer que se encuentra hospitalizada por cáncer en el servicio de Oncología del Hospital Daniel Alcides Carrión.

FAMILIAR DE PACIENTE ONCOLÓGICO: Es toda persona que asume primariamente la responsabilidad de satisfacer las necesidades cotidianas del paciente oncológico teniendo en cuenta que mantiene vínculos sociales y/o de consanguinidad, en la cual involucren sentimientos afectivos que los unen, para así brindar cuidados requeridos en el hogar.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. Nivel, tipo y método

El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, ya que nos permite medir y cuantificar numéricamente la variable dependiente, método cuasiexperimental; porque hay manipulación de la variable independiente, es decir del modelo de intervención educativa, para la modificación de conocimientos; siendo aplicado el instrumento antes y después de la aplicación de la variable independiente en un solo grupo, en un tiempo y espacio determinado.

B. Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión”, ubicado entre la av. Colina y la av. Guardia Chalaca, en la Provincia Constitucional del Callao, que pertenece al Ministerio de Salud. Brinda atención en los servicios de Consultorios externos, Emergencia y Hospitalización. En el servicio de Quimioterapia ambulatoria laboran dos profesionales de enfermería que rotan por esta área. Cada enfermera atiende en promedio de 7 pacientes que reciben ambulatoriamente la quimioterapia, permaneciendo cada uno un promedio de 4 horas.

C. Población y muestra

La población estuvo conformada por todos los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia los cuales son de 150 familiares por mes. La muestra fue seleccionada mediante el muestro no probabilístico, debido a que se desconoce las probabilidades de selección de cada familiar durante el periodo de recolección de datos; por tanto se ha considerado como muestra el 20% de la demanda mensual y para tener una representatividad de la población; se planteó el muestreo por conveniencia, el cual constituye de 30 familiares.

Los criterios de inclusión son:

- Familiares mayores de 20 años de edad.
- Que se expresen por si solos y se encuentren orientados.
- Que permanecen el mayor tiempo con el paciente y se encargan de la atención en el hogar del mismo.

- Que habiten en el mismo hogar y tengan responsabilidades comunes, relaciones de parentesco y vivencias comunes con el paciente.
- Que firmen el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron:

- Familiares que hablen otro tipo de lengua (Quechua) y no entiendan el castellano.
- Que no deseen participar en el estudio.

D. Técnica e instrumento de recolección de datos.

La investigación se desarrolló en 3 momentos que son los siguientes:

Momento 1: Captación- Realización del Pretest - Capacitación.

Momentos 2: Primera Visita Domiciliaria- 1º Evaluación del post test
-Refuerzo de la capacitación

Momento 3: Segunda visita domiciliaria –2º Evaluación mediante el postest- Refuerzo de la capacitación.

Para la recolección de datos, se utilizó un instrumento que a continuación se detalla:

- Cuestionario elaborado para identificar el conocimiento de los familiares en torno acerca de los cuidados del paciente oncológico que debe brindar el cual comprende de los siguientes aspectos:
 - Introducción
 - Instrucciones generales
 - Datos acerca de conocimientos sobre el cuidado de paciente oncológico.

Cada pregunta está conformada con alternativas múltiples y es así como se obtiene el siguiente puntaje:

- Respuesta correcta: Valor 1 punto
- Respuesta incorrecta: Valor 0 puntos

El cuestionario consta de 10 preguntas enfocadas en el cuidado de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia. Teniendo finalmente un puntaje mínimo de 0 hasta un máximo de 10 puntos.

La característica de este cuestionario reside en su diseño, el cual está íntegramente elaborado en base a figuras a todo color que facilite y motive las respuestas.

La validez de contenido fue obtenida mediante el juicio de expertos conformado por 08 especialistas en el área de Oncología quienes proporcionaron sus sugerencias sometidas a la tabla de concordancia y la

Prueba Binomial en la cual se obtuvo una significancia de $p=$ que es menor a 0.05. (Ver ANEXO E)

La confiabilidad se aplicó en una prueba piloto a 13 familiares cuyos resultados fueron procesados mediante la t de student.

E.- Recolección, procesamiento y presentación de datos.

Para la implementación del estudio se realizó los trámites administrativos, para lo cual se envió un oficio dirigido al Director del HNDAC, para la aprobación y autorización respectiva. Posterior a ello se realizaron las coordinaciones con la enfermera jefa del servicio de Quimioterapia Ambulatoria para la aplicación del instrumento. Se emplearán los turnos de mañanas y tardes, considerando la duración de la aplicación del pretest 10min y para la capacitación 15min, obteniendo previa autorización del familiar del paciente oncológico en la Sala de Quimioterapia ambulatoria, la cual tiene como capacidad aproximada de 6 familiares; se abordarán a no más de 3 familiares por cada capacitación con el modelo de atención de enfermería.

Para el segundo momento se realizó la primera visita domiciliaria a los 7 días de haber recibido la capacitación y que se aplicará la primera evaluación. Además se le entregará el tríptico.

En el tercer momento se realizó la segunda visita domiciliaria en la cual se hará el último refuerzo y se aplicará el posttest.

Luego de la recolección de datos, se procedió a elaborar la tabla de códigos y procesar los datos en el programa Excel versión 2010. Los resultados serán presentados en gráficos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico como prueba estadística se aplicará la covarianza, a fin de establecer los cambios y su significancia.

F.- Análisis e interpretación de datos.

La realización del análisis e interpretación de datos recolectados se tomó en cuenta cada área manejada según el modelo de intervención educativa; es así como se evaluará la modificación del conocimiento según 4 áreas: Manejo de la alimentación y eliminación, Manejo de patrón de ejercicio y sueño, Manejo de síntomas desagradables y Manejo del patrón emocional. Logrando de esta manera una mejor interpretación de los datos considerando el marco teórico expuesto anteriormente.

G.-Consideraciones éticas.

En esta investigación, se realizaron procedimientos que no atentarán contra la dignidad y confidencialidad de los familiares de pacientes oncológicos. En todo momento de la investigación se tendrá en cuenta la práctica de los siguientes valores éticos:

Respeto a la persona

El respeto a la persona que el participante debe estar informado y tomar voluntariamente la decisión de participar en dicho estudio lo cual implica que el investigador describa detalladamente la naturaleza del mismo.

Consentimiento informado

Cuando los participantes de un estudio se encuentran debidamente informados acerca de la naturaleza de éste y de los costos y beneficios potenciales que entrañan para poder tomar una decisión razonada sobre su participación. (Ver ANEXO B)

Respeto a la privacidad

Respeto a la privacidad a través del anonimato, en el caso de esta investigación es mediante códigos.

Los resultados no serán divulgados a personas ajenas o a expertos de valoración y calificación.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Después de recolectar los datos éstos fueron procesados y presentados en gráficos para su respectivo análisis e interpretación considerando el marco teórico.

A. RESULTADOS

DATOS GENERALES

Al respecto de cada grupo etéreo se obtuvo que del 100% (30) familiares de pacientes oncológicos, 46.7 % (14) de los familiares están en el rango de 30 a 44 años, seguido por un 33.3% (10) con 45 a 65 años

y por último un 20.0 % (6) de 20 a 29 años. Asimismo, con respecto al género, de la totalidad de la muestra de familiares se observa que el 53.3% (16) son del sexo masculino y 46.7% (14) son del sexo femenino.

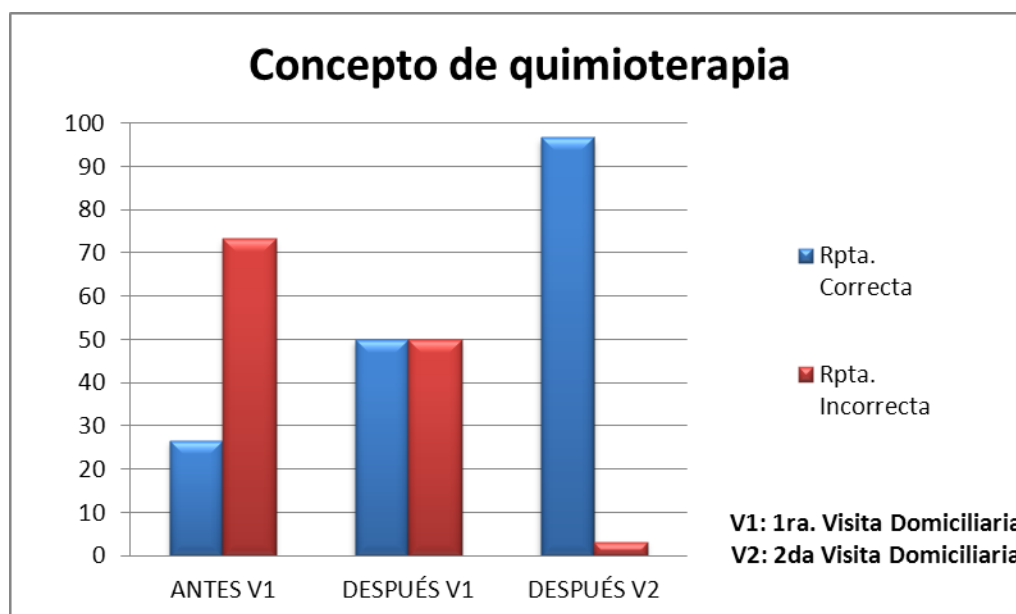
En cuanto a la escolaridad, se encontró que el mayor porcentaje, 43.3 % (13) tenían secundaria incompleta, un 26.7% (8) secundaria completa, el 16.7 % (5) son analfabetos y un 13.3% (4) tienen estudios superiores o técnicos. Se evidencia también respecto al lugar de procedencia, el 50.0% (15) provienen de la Sierra, el 43.3% (13) provienen de la Costa y por último el 6.7% (2) de la Selva.

Considerando, en el presente estudio de investigación se contó con la participación de un 16.7% (5) son analfabetos y de un 3.3% (1) es adulto mayor, a los cuales se brindó la ayuda correspondiente para la resolver adecuadamente el cuestionario así como la educación personalizada, se pudo realizar el estudio sin mayores dificultades.

DATOS ESPECÍFICOS

GRÁFICO 1

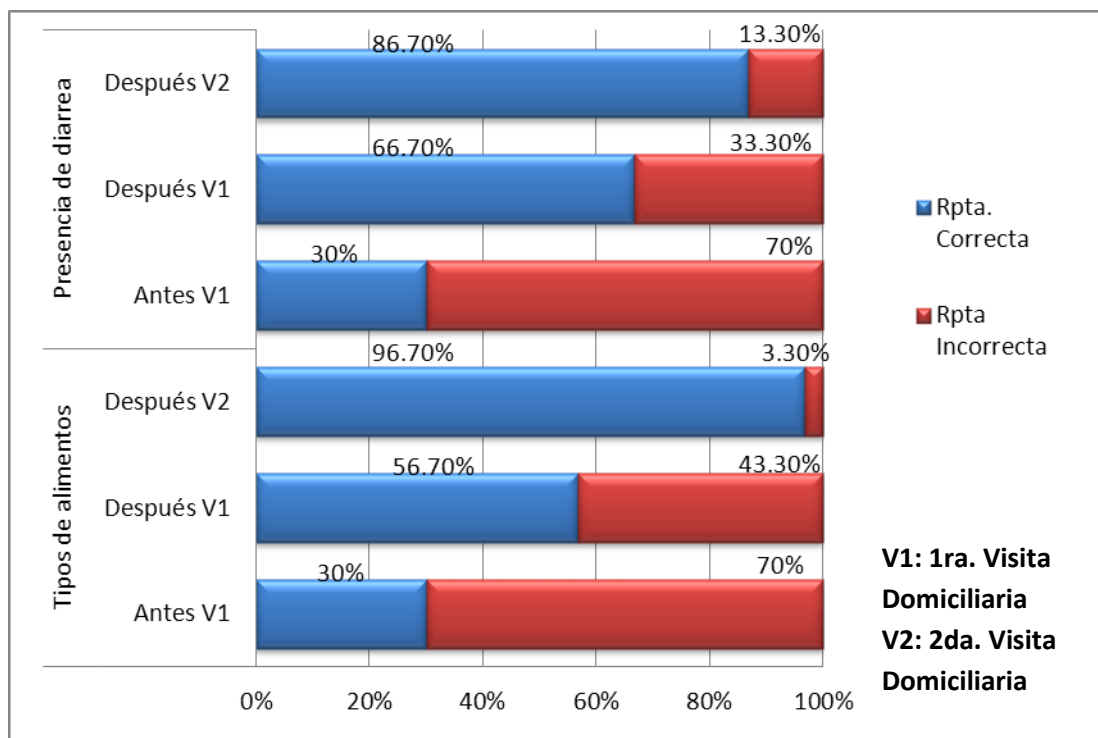
**MODIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CONCEPTO DE
QUIMIOTERAPIA EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS LUEGO DE LA APLICACIÓN DEL
MODELO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.
HNDAC, 2013**



En el gráfico 1 para la efectividad del modelo de atención de enfermería con respecto al concepto de quimioterapia para familiares de pacientes oncológicos; antes de la intervención, estos presentaron un conocimiento incorrecto en un 73.3% (22). Luego de la intervención en la primera visita domiciliaria con el mismo porcentaje de un 50.0% (15) respondieron tanto correcta como incorrectamente sobre el concepto de

quimioterapia. Finalmente, en la segunda visita domiciliaria los familiares de pacientes oncológicos presentaron un conocimiento correcto en un 96.7% (29).

GRÁFICO 2
MODIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE LA
ALIMENTACIÓN Y ELIMINACIÓN EN LOS FAMILIARES
DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SOMETIDOS A
QUIMIOTERAPIA LUEGO DE LA APLICACIÓN
DEL MODELO DE INTERVENCIÓN
EDUCATIVA. HNDAC, 2013



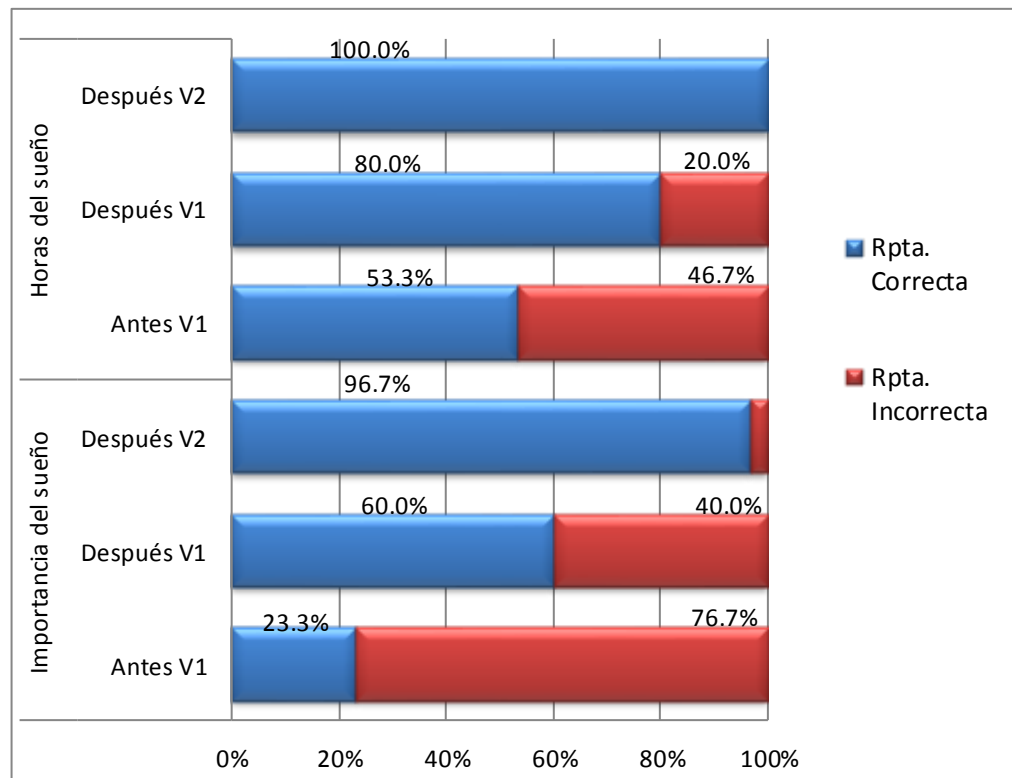
En el gráfico 2 respecto al manejo del conocimiento sobre alimentación y eliminación en familiares de pacientes oncológicos. En alimentación, antes de la intervención los familiares presentaron un conocimiento incorrecto en un 70.0% (21) y un conocimiento correcto en un 30.0% (9). En el segundo momento, la primera visita domiciliaria, presentaron un conocimiento correcto en un 56.7 % (17) y conocimiento incorrecto en un 43.3% (13). Finalmente en el tercer momento, la segunda visita domiciliaria, los familiares reportaron un conocimiento correcto en un 96.7 % (29) y conocimiento incorrecto en un 3.3% (1)

Mientras que en el aspecto de eliminación, antes de la intervención los familiares presentaron en un 70.0% (21) de conocimiento incorrecto y un 30.0% (9) de conocimiento correcto acerca del tema; en el segundo momento, la primera visita domiciliaria, los familiares presentaron un conocimiento correcto en un 66.7 % (20) y conocimiento incorrecto en un 33.3 % (10). Y en el tercer momento, los familiares tuvieron un conocimiento correcto en un 86.7% (26) y conocimiento incorrecto en un 13.3% (4)

GRÁFICO 3

MODIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL MANEJO DEL PATRÓN DE EJERCICIO Y SUEÑO EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA LUEGO DE LA APLICACIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

HNDAC, 2013

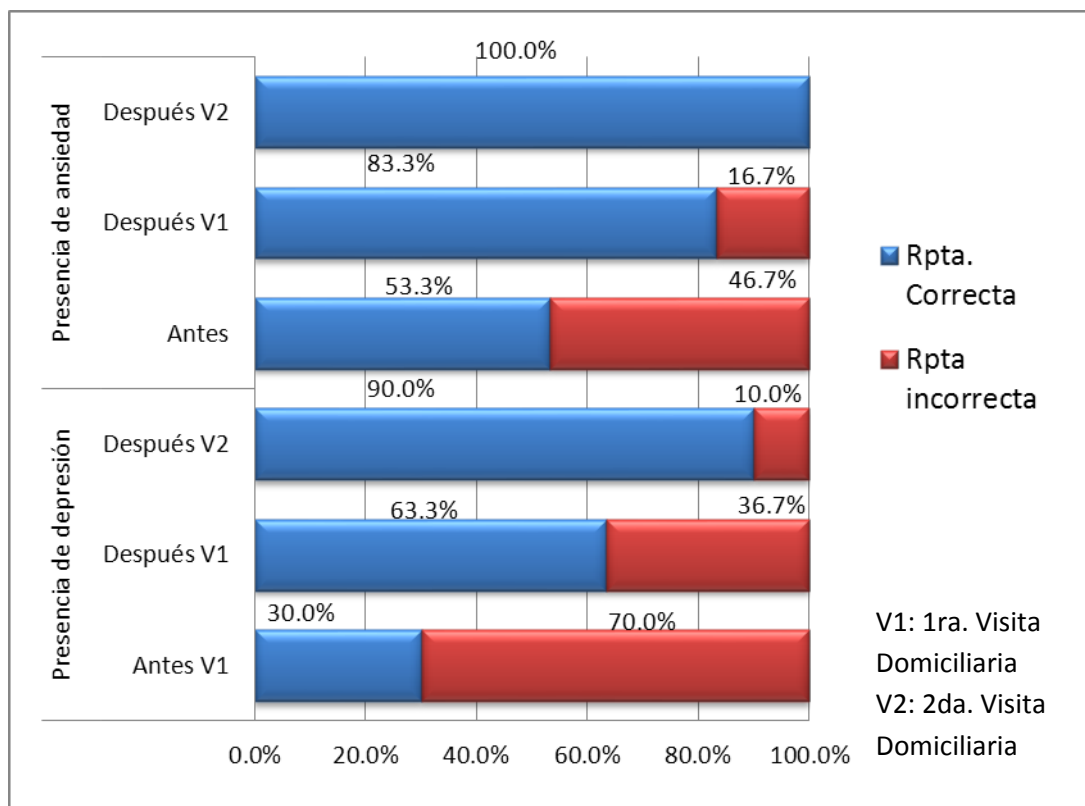


En el gráfico 3 respecto al manejo del conocimiento sobre el patrón de ejercicio y sueño para familiares de pacientes oncológicos. En el de ejercicio, antes de la intervención los familiares presentaron conocimiento

incorrecto en un 76.7% (23) y conocimiento correcto en un 23.3% (7); después de la intervención los familiares, en la segunda visita domiciliaria, presentaron conocimiento correcto en un 60.0 % (18) y con conocimiento incorrecto en un 40.0 % (12). Ya en el tercer momento, los familiares reportaron un conocimiento correcto en un 96.7% (29) y un conocimiento incorrecto en un 3.3% (1).

Mientras que en el patrón del sueño, antes de la intervención los familiares presentaron conocimiento incorrecto en un 53.3% (18) y con conocimiento incorrecto en un 46.7% (12); en el segundo momento, los pacientes presentaron conocimiento correcto en un 80.0 % (24) y con conocimiento incorrecto en un 20.0 % (6). Finalmente en el tercer momento, los familiares presentaron conocimiento correcto en un 100.0% (30).

GRÁFICO 4
MODIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL MANEJO DEL PATRÓN
EMOCIONAL EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA
LUEGO DE LA APLICACIÓN DEL MODELO DE
INTERVENCIÓN EDUCATIVA.
HNDAC, 2013



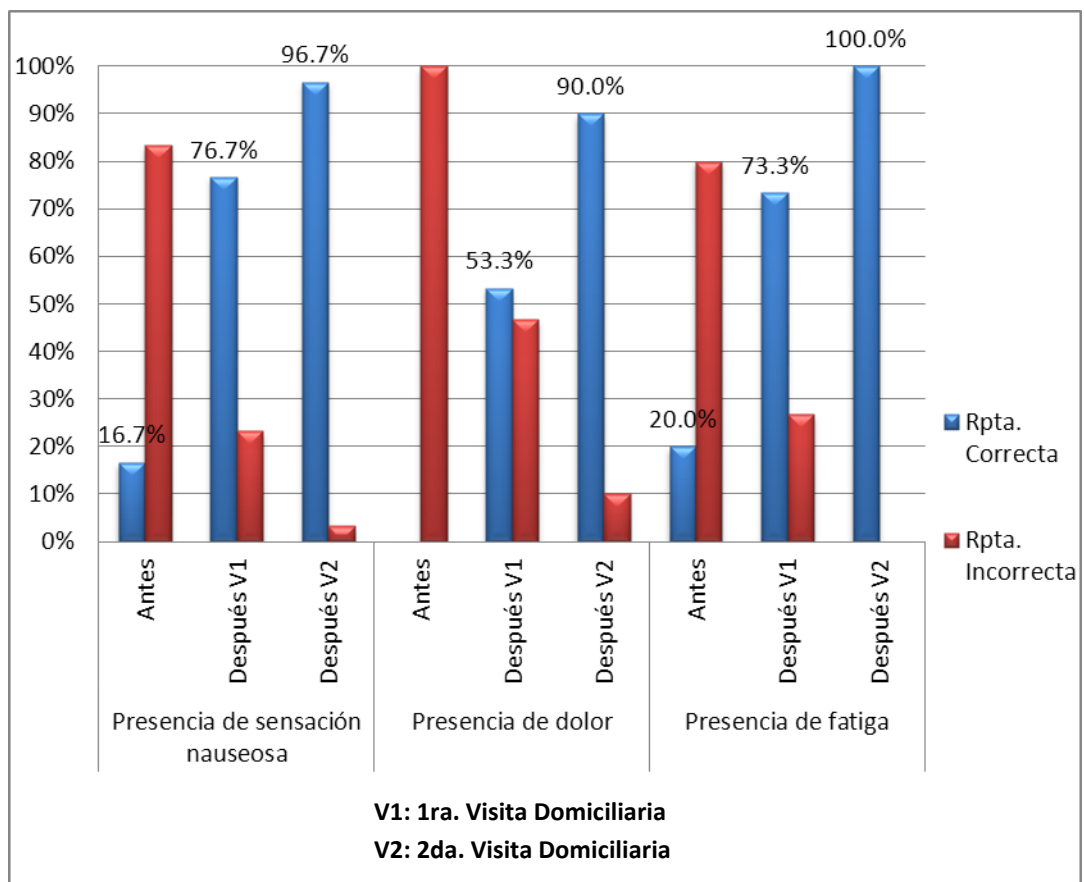
En el gráfico °4 respecto al manejo del patrón emocional para familiares de pacientes oncológicos. En cuanto a las acciones a tomar frente a la depresión del paciente, antes de la intervención los familiares

presentaron conocimiento incorrecto en un 70.0% (9) y conocimiento correcto en un 30.0% (21); después de la intervención, en el segundo momento, los familiares presentaron conocimiento correcto en un 63.3% (19) y conocimiento incorrecto en un 36.7% (11). En el tercer momento, presentaron conocimiento correcto en un 90.0% (27) y conocimiento incorrecto en un 10.0% (3).

Mientras a las acciones a tomar frente a la ansiedad del paciente, antes de la intervención los familiares presentaron conocimiento correcto en un 53.3% (16) y con conocimiento incorrecto en un 46.7% (14); después de la intervención, la primera visita domiciliaria, los familiares tuvieron conocimiento correcto en un 83.3% (25) y conocimiento incorrecto en un 16.7% (5). En el tercer momento, los familiares presentaron en su totalidad conocimiento correcto.

GRÁFICO 5

**MODIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE SÍNTOMAS
DESAGRADABLES EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA
LUEGO DE LA APLICACIÓN DEL MODELO DE
INTERVENCIÓN EDUCATIVA.
HNDAC, 2013.**



En el gráfico 5 respecto al manejo de los síntomas desagradables para familiares de pacientes oncológicos. De acuerdo a las acciones a tomar frente a la presencia de sensación nauseosa, antes de la intervención los familiares presentaron conocimiento incorrecto en un 83.3% (5) y con conocimiento correcto en un 16.7% (25); después de la intervención los familiares, en la primera visita domiciliaria, presentaron conocimiento correcto en un 76.7% (23) y con conocimiento incorrecto en un 23.3 % (7). En el tercer momento, los familiares reportaron conocimiento correcto en un 96.7% (29) y conocimiento incorrecto en un 3.3% (1).

En cuanto a las acciones a tomar frente la presencia de dolor, antes de la intervención los familiares presentaron en su totalidad conocimiento incorrecto; después de la intervención los familiares en la primera visita domiciliaria, presentaron conocimiento correcto en un 53.3 % (16) y con conocimiento incorrecto y un 46.7% (14) con conocimiento incorrecto. En la segunda visita, presentaron conocimiento correcto en un 90.0% (27) y conocimiento incorrecto en un 10.0%(3)

Y acerca de las acciones a tomar frente a la presencia de fatiga, los familiares presentaron conocimiento correcto en un 20.0% (6) y con conocimiento incorrecto en un 80.0% (24); en la primera visita domiciliaria presentaron conocimiento correcto en un 73.3% (22) y con conocimiento incorrecto en un 26.7% (8). En el tercer momento, presentaron conocimiento correcto en su totalidad.

B. DISCUSIÓN

Considerando que uno de los objetivos es demostrar la efectividad de un modelo de intervención educativa para los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en el Hospital Daniel Alcides Carrión se puede apreciar por los resultados que existe un incremento significativo de conocimientos de los familiares progresivamente después de la intervención en ambas visitas domiciliarias.

El rol que ejerce la enfermera es importante en la implementación de actividades educativas orientadas a promover el aprendizaje a través de un proceso simple, dinámico, productivo, demostrativo, y bien enfocado hacia el logro de objetivos definidos; utilizando para ello metodologías educativas innovadoras que permitan a los cuidadores, construir un conocimiento basado en la información previa que poseen, como experiencias, propiciando la interacción y comunicación fluida.

Es así que la enfermera no solo optimiza la capacidad cuidadora del familiar sobre aspectos concretos de bienestar del enfermo oncológico sino que genera un clima de seguridad y de autoestima. Además la práctica de la comunicación activa durante su rol de educadora permitirá a los familiares que manifiesten sus dudas, experiencias y participen conjuntamente en pro del bienestar del paciente a fin que vayan nutriéndose de una buena dosis de elementos que favorecerán un posterior duelo saludable.

La enfermera que labora en el servicio de quimioterapia ambulatoria debe motivar permanentemente al paciente y su familia para que formen

parte de la planificación de la atención y su realización, de esta manera promover en forma efectiva el autocuidado del paciente oncológico.

Por lo expuesto se puede concluir que antes de la aplicación del modelo de intervención educativa, los familiares de pacientes oncológicos alcanzan una puntuación baja lo que nos indicaría que tienen escaso conocimiento sobre los cuidados a realizar en el hogar en cuanto al manejo del patrón de alimentación y eliminación, patrón de ejercicio y sueño, patrón emocional y acerca de los síntomas desagradables.

Luego de la aplicación de la misma tanto en la primera como segunda visita domiciliaria los familiares alcanzan una puntuación alta evidenciando de este modo adquirir conocimiento sobre el contenido del modelo de intervención educativa como por ejemplo haber puesto en práctica los ejercicios pasivos en los pacientes oncológicos, la adecuada alimentación durante el tratamiento de quimioterapia y sobre el patrón emocional.

Los resultados de este trabajo no hacen más que ratificar la importancia del rol de educadora que nunca debe dejar de lado la enfermera en cualquier escenario donde se encuentre, por muy sencillo que sea el mensaje, se estará contribuyendo a un cambio o mejora en el conocimiento que manejan los pacientes, los cuidadores y la comunidad en general.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. Conclusiones

- Se pudo determinar que posteriormente a la aplicación del modelo de intervención educativa para los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia ambulatoria fue efectivo, lo cual se obtuvo por prueba t de Student un t calc: 10.71 y 8.26 con un nivel de significancia de $\alpha : 0.05$, comparando el antes y después de la 1ra visita así como después de la 1ra visita

domiciliaria y el después de la 2da visita domiciliaria respectivamente.

- Durante el primer momento, los familiares demostraron escaso conocimiento acerca de los cuidados en el hogar para pacientes oncológicos pero donde se obtuvo mayor énfasis fue en los conocimientos relacionados al manejo de la ansiedad y horas de sueño. Asimismo se presentó que los aspectos menos conocidos fueron los relacionados al concepto de quimioterapia y a las acciones que debe tomar el cuidador frente a la presencia de sensación nauseosa y del dolor del paciente.
- Durante el segundo momento, en la primera visita domiciliaria, los familiares presentaron mayor énfasis en los conocimientos adquiridos acerca de las horas de sueño y a las acciones que debe tomar el cuidador frente a la presencia de ansiedad. Asimismo se presentó que los aspectos menos conocidos fueron la presencia de sensación nauseosa y dolor.
- En el tercer momento, en la segunda visita domiciliaria, los familiares luego de la aplicación del post test presentaron que los conocimientos adquiridos con mayor énfasis fue la presencia de ansiedad y horas de sueño necesarias. Asimismo, los aspectos menos conocidos fueron la presencia de dolor y las acciones a realizar el cuidador frente a la presencia del dolor.

B. RECOMENDACIONES

- Continuar con esta línea de investigación creando nuevos protocolos o guías de enfermería para la educación al paciente y cuidador en oncología.
- Proponer un tiempo determinado para realizar visitas domiciliarias a pacientes oncológicos por prioridad para enfatizar el cuidado en el hogar mediante la enseñanza al familiar.
- Crear estrategias en la distribución y racionalización del recurso de enfermería que permita la aplicación del modelo de intervención de enfermería al paciente y cuidador.
- Crear una página en Internet donde el cuidador y el paciente puedan realizar sus preguntas y dudas accediendo así una orientación profesional asertiva de enfermería sobre los temas que despiertan mayor interés no solo del área oncológica.

C. LIMITACIONES

- Carencia de un ambiente adecuado para la labor educativa que debe cumplir enfermería dentro del servicio de Quimioterapia ambulatoria donde se realizó el estudio.
- Los resultados solo serán generalizables a la institución que sirvió como área de estudio.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- (1) LAÍSZÁU SERPA DE ARAÚJOI & COL. El cuidador principal del paciente oncológico, repercusiones de esta responsabilidad”. Brasilia D. F. -Brasil. Diciembre,2008
- (2) DELGADO DELGADO, Kelly. “Percepción de la familia del paciente oncológico sobre el soporte emocional que le brinda la enfermera en UCI-INEN. Lima. 2009
- (3) OSORIO HUAMANGA, Liz. Vivenciando el cáncer: Impacto en el paciente y familia. Lima, 2010.
- (4) ATENCIO, Luisa. Programa educativo sobre las prácticas alimentarias en el hogar del paciente que recibe tratamiento con quimioterapia ambulatoria en el hospital oncológico Padre - Machado ubicado en la parroquia Santa Rosalía del Cementerio en el segundo semestre del 2007-Caracas.
- (5) AIQUIPA MENDOZA, Ana. Calidad de atención de Enfermería según opinión de los pacientes sometidos a quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario del INE. Lima. 2004
- (6) MINSA. Análisis de la situación del cáncer en el Perú. Noviembre 2013
- (7) INRESUR. Plan Estratégico Institucional del Instituto Regional De Enfermedades Neoplásicas Del Sur 2009-2016. Agosto 2009. Disponible:
http://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/13910/PLAN_13910_Plan%20Estrat%C3%A9gico%20Institucional%20-%20IRENSUR_2010.pdf

- (8) INEN. Oficina de Informática. Perfil epidemiológico. 2009. Citado el 14 de abril en: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
- (9) INEN. Indicadores para evaluar la gestión hospitalaria. Departamento de Epidemiología y Estadística del Cáncer. Citado en:
http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/estadisticas/30012014_DICIEMBRE_2013.pdf
- (10) ALPÍZAR CABALLERO Lourdes. La fiebre. Conceptos básicos. Rev Cubana. 1998; 70(2):79-83. Citado en:
http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol70_2_98/ped03298.pdf
- (11) ASTRO. La radioterapia para el tratamiento del cáncer. Citado en:
<http://www.rtanswers.org/downloads/spanish/rtforcancersp.pdf>
- (12) Hilda, VARGAS ORIHUELA. Guía de Cuidados para Pacientes en Tratamiento con Quimioterapia Ambulatoria, INEN. Disponible en prevenir@inen.sld.pe
- (13) Enf. ESPINOZA VENEGAS, Maritza & Dra. VALENZUELA SUAZO Sandra. Análisis de la teoría de los síntomas desagradables en el cuidado de la enfermería paliativa oncológica. Rev. Cubana Enfermer. Vol.27 no.2 Ciudad de la Habana. Abril-Junio. 2011. Citado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192011000200006&script=sci_arttext
- (14) ALDANA, Johana. Propuesta de un programa educativo para la relación de ayuda a pacientes de nuevo ingreso con cáncer de mama del Instituto de Oncología y Hematología de la Universidad central de Venezuela. Venezuela-Caracas. Noviembre, 2008. Pp.

- 31-33. Citado en:
<http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/2818/1/TEG.pdf>
- (15) GEOSALUD. Trastornos por Adaptación al Cáncer, Sufrimiento Psicológico y Social. Citado en:
http://www.geosalud.com/Cancerpacientes/cuidados_medicos_de_apoyo/adaptacion_pg_03_sufrimiento_psicologico_social.html
- (16) ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. Aplicación de la teoría de los síntomas desagradables en el manejo del dolor. Citado en:
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1452/145212858002.pdf>
- (17) ZORRILLA AYLLÓN, Inés. Impacto emocional y social del cáncer. Citado en:
http://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/paciente_cancer.pdf
- (18) CRUZAT, A. Teoría de los sistemas naturales de Murria Bowen. Un nuevo entendimiento de los procesos de salud/enfermedad al interior de las familiar y las organizaciones. Sao Paulo- Brasil. Noviembre 2007

BIBLIOGRAFÍA

- ACHURY SALDAÑA, Diana Marcela. APLICACIÓN DE LA TEORÍA DE LOS SÍNTOMAS DESAGRADABLES EN EL MANEJO DEL DOLOR. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 9, núm. 2, junio-diciembre, 2007, pp. 8-19. Colombia
- ROMERO AMERI, Liliam. Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Perú-Lima. 2008
- M. Yaque Navarrete*, J. Macías Seda**, I. Cruz Domínguez***, J.L. Álvarez Gómez****, F.J. Cantero Sánchez. El pediatra de Atención Primaria y la atención integral del paciente oncológico. España-Sevilla. 2010
- AIQUIPA MENDOZA, Ana. Calidad de atención de Enfermería según opinión de los pacientes sometidos a quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario del INE. Lima. 2004
- ANAYA CARRILLO, Julio. Conocimiento de la familia respecto al régimen nutricional e higiénico que debe recibir el paciente oncológico sometido a quimioterapia H. E. R. M. Perú- Lima 1991
- BARBOSA GÓMEZ, Diego. Caracterización de la consulta de enfermería en el paciente con cáncer. Colombia- Bogotá. 2008. Citado el 13 de abril en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis29.pdf>
- LAÍS ZAÚ SERPA DE ARAUJO. El cuidador principal del paciente oncológico, repercusiones de esta responsabilidad. Revista

Brasileña de Enfermería. Brasília D. F. Brasil 2009. Octubre-
Noviembre. Pp. 32-37.

- SANTANDER MANRÍQUEZ, G. Intervención de Enfermería en Pacientes con Patología Oncológica. Biblioteca Las casas, 2006; 2 (4). Citada el 13 de abril en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0187.php>
- SOCIEDAD AMERICANA CONTRA EL CÁNCER. Quimioterapia: una guía para paciente y su familia. 2011. Citado el 16 de abril en :<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003026-pdf.pdf>
- MESQUITA MELO, E. Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. Revista Enfermería Global. Mayo 2007. Brasil.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

| ANEXO | Páginas |
|---|---------|
| A. Operacionalización de la variable | IV |
| B. Consentimiento informado | VI |
| C. Instrumento | IX |
| D. Apreciación de jueces de expertos | XVIII |
| E. Validez del instrumento– Prueba Binomial | XIX |
| F. Hoja de códigos | XX |
| G. Tabla de códigos | XXII |
| H. Tabla de códigos según puntaje por test | XXVI |
| I. Prueba T de Student | XXVII |
| J. Datos generales de las familiares de pacientes oncológicos del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2013. | XXXI |
| K. Modificación del conocimiento acerca del concepto de quimioterapia en los familiares de pacientes oncológicos luego de la aplicación del modelo de intervención educativa. HNDAC, 2013. | XXXIII |

| | |
|--|---------|
| L. Modificación del conocimiento del manejo de la alimentación y eliminación en los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia luego de la aplicación del modelo de intervención educativa. HNDAC, 2013. | XXXIV |
| M. Modificación del conocimiento del manejo del patrón de ejercicio y sueño en los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia luego de la aplicación del modelo de intervención educativa. HNDAC, 2013. | XXXV |
| N. Modificación del conocimiento del manejo del patrón emocional en los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia luego de la aplicación del modelo de modelo de la intervención educativa. HNDAC, 2013. | XXXVI |
| O. Modificación del conocimiento del manejo de síntomas desagradables en los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia luego de la aplicación del modelo de intervención educativa. HNDAC, 2013. | XXXVII |
| P. Modelo de intervención educativa | XXXVIII |

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

| Variable | Definición conceptual | Dimensiones | Indicadores | Definición operacional de la variable |
|---|---|--|---|---|
| Conocimientos de los familiares en el manejo de cuidados del paciente oncológico sometido a quimioterapia | Conjunto de información que tienen los familiares del paciente sometido a quimioterapia, lo que mejora la calidad de la atención y apoyo al | <p>-Manejo de la alimentación</p> <p>Manejo del patrón del sueño:</p> <p>Manejo del patrón de ejercicio:</p> | <p>-Tipos de alimentos a consumir por el paciente oncológico</p> <p>-Horas de sueño</p> <p>Horas de ejercicio a realizar.</p> | Es toda aquella información que se ha de facilitar a los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia con el objetivo de propiciarle |

| | | | | |
|--|-----------|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| | paciente. | Manejo de eliminación | | un mejor |
| | | -Manejo del patrón emocional | <ul style="list-style-type: none"> -Miedo -Sentimientos de culpabilidad -Aislamiento -Comunicación -Ansiedad -Depresión | soporte de |
| | | -Manejo de Síntomas desagradables | <ul style="list-style-type: none"> -Diarrea -Sensación nauseosa y vómitos -Sensación de fatiga -Cefalea -Fiebre -Sequedad de boca -Bajas defensas | apoyo al |
| | | Recomendaciones: | Técnica de relajación | paciente durante la enfermedad. |

ANEXO B
CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Efectividad de un modelo de intervención de Enfermería en el conocimiento de los familiares de pacientes oncológicos que reciben quimioterapia en Hospital Daniel Alcides Carrión

INVESTIGADOR: Interna de Enfermería Yalitzá Fernández Camacho

La presente investigación es de tipo Cuasiexperimental cuyo objetivo es Demostrar la efectividad de un modelo de intervención de enfermería en el conocimiento de los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia en Hospital Daniel Alcides Carrión. Por ello se realizará en una primera sesión un pre test para evaluar el conocimiento acerca de los cuidados que debe realizar a su familiar, luego se pasará a brindar información detallada acerca de los cuidados necesarios de pacientes oncológicos. Después se coordinará a una visita domiciliaria para aclarar cualquier duda que haya quedado en la primera sesión y asimismo una evaluación acerca del conocimiento obtenido en las dos sesiones, previo consentimiento informado manteniendo la confidencialidad y resguardando su identidad.

Se le asignará un número (código), y este se usará para la presentación de resultados, análisis y publicaciones; de manera que su nombre permanecerá en total confidencialidad.

Ni el investigador, ni usted serán retribuidos por la dedicación y participación en el estudio.

Su participación es voluntaria puede retirarse en cualquier etapa del estudio.

YO,

-He leído la hoja de información al paciente del estudio que se me entregó, pude hablar con la investigadora (Int. De Enfermería Yalitza Fernández Camacho) y hacer las preguntas necesarias sobre el estudio para comprender sus alcances.

-Entiendo que participar en esta investigación es voluntario y que soy libre de abandonarlo en cualquier momento.

-Estoy de acuerdo de permitir que la información obtenida sea publicada y que pueda conocer los resultados.

- Presto libremente mi conformidad para participar en el presente estudio.

.....

Apellidos y Nombres

Del Entrevistado

.....

Apellidos y Nombres

del Investigador

ANEXO C

INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P ENFERMERÍA- 2012

INTRODUCCIÓN:

Estimado Sr., Sra., Srta. Tenga un cordial saludo, mi nombre es Yalitzá Fernández Camacho, estudiante de Enfermería de la UNMSM; en esta oportunidad me es grato dirigirme a Ud. para hacerle llegar el presente cuestionario que tiene el objetivo de obtener información sobre los conocimientos acerca de los cuidados del paciente oncológico que debe brindar. Cabe recalcar que el presente cuestionario es completamente confidencial, por lo que le solicito su total veracidad en el desarrollo del mismo. Agradezco anticipadamente su colaboración.

INSTRUCCIONES:

Yo le voy a leer las preguntas 2 veces para asegurarme que Ud. las escuchó. De manera contrario, hágamelo saber.

A. DATOS GENERALES:

1. ¿Cuántos años tiene? _____
2. Sexo:
 - a. Femenino ()
 - b. Masculino ()
3. ¿Hasta qué año estudió? _____
 - a. Primaria completa ()
 - b. Primaria incompleta ()
 - c. Secundaria incompleta ()
 - c. Secundaria completa ()
 - d. Superior o técnico ()
 - e. Analfabeto ()

4. ¿Dónde nació?

a. Costa ()

b. Sierra ()

c. Selva ()

B CONTENIDO

1. Para Ud. una quimioterapia es aquella que sirve para:

a. Mejorar los síntomas desagradables

b. Frenar el crecimiento de las células tumorales.

c. Disminuir la enfermedad.

d. Disminuir las complicaciones

e. Otros: _____

Manejo de la alimentación y eliminación

2. ¿Qué tipos de alimentos debe ingerir un **paciente oncológico sometido a quimioterapia**?

3.

| | | |
|---|--|--|
| <div>A</div> <div>Alimentos condimentados.</div> <div></div> | <div>B</div> <div>Caldos, sopas, mazamoras</div> <div></div> | |
| <div>C</div> <div>Alimentos blandos muy cocidos (verduras, pescado, pollo, sin huesos.)</div> <div></div> | <div>D</div> <div>Alimentos grasosos (papas fritas, hamburguesas, etc.)</div> <div></div> | <div>E</div> <div>Desconoce</div> |

4. ¿Cómo actuaría Ud. si el **paciente oncológico sometido a quimioterapia** presenta diarrea:

| | | |
|---|---|--|
| <div>A</div> <div>Proporcionaría frutas y/o verduras</div> <div></div> | <div>B</div> <div>Darí­a líquidos claro: Gelatina sin sólidos agregados, caldos claros.</div> <div></div> | |
| <div>C</div> <div>Proporcionaría leche y/o líquidos ácidos como jugos cítricos, de tomate, etc.</div> <div></div> | <div>D</div> <div>Incluiría en la dieta alimentos grasosos</div> <div></div> | <div>E</div> <div>Desconoce</div> |

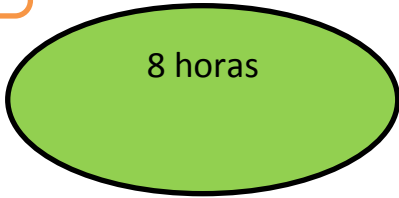
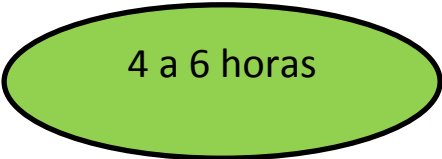
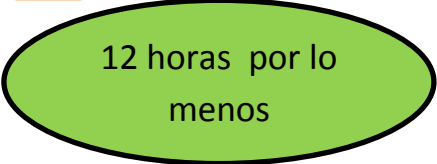
Manejo del patrón del ejercicio y sueño

5. ¿Por qué es importante el ejercicio para un **paciente sometido a quimioterapia**?:

6.

| | |
|---|--|
| <p>A</p> <p>Ayuda a mantener el peso ideal</p>  | <p>B</p> <p>Reduce los síntomas desagradables (náuseas, vómitos, etc) y el estrés psicológico y emocional.</p>   |
| <p>C</p> <p>Proporciona algo para distraerse</p>  | <p>D</p> <p>No sabe</p> |

7. Para Ud. cuántas horas para dormir en la noche son necesarias para **un paciente sometido a quimioterapia**

| | |
|---|---|
| A  8 horas | B  4 a 6 horas |
| C  12 horas por lo menos | D No sabe |

Manejo del patrón emocional

8. ¿Qué haría en caso que **el paciente oncológico sometido a quimioterapia** se encuentre triste?

- a. Le diría que se anime
- b. No lo dejaría solo y estaría atento a sus acciones
- c. Le diría que no es bueno estar triste
- d. No sabría qué hacer

9. ¿Cómo actuaría en caso que el **paciente oncológico sometido a quimioterapia se** presente ansioso, temeroso, intranquilo

A

No le prestaría atención a las acciones que realiza



B

Obligar al paciente a hablar



C

Proporciona algo para distraerse: Leer, rezar, pasear.



D

No sabe

Manejo de síntomas desagradables.

10. ¿Cómo actuaría Ud. si el paciente presenta sensación nauseosa:

A

Darí a ingerir caramelos duros de olor agradable como grageas de limón y menta.



B

Darí de comer alimentos calientes



C


Darí a ingerir grandes porciones de alimentos con frecuencia.



D

No sabe

11. ¿Cómo actuaría Ud. si el paciente presenta dolor:

| | |
|---|---|
| <p>A Le colocaría paños tibios sobre las áreas adoloridas o sugeriría tomar un baño caliente.</p>  | <p>B Lo mantendría aislado</p>  |
| <p>C Por indicación médica, administrar algún analgésico</p>  | <p>D</p> <p>A y C</p> |

12. ¿Cómo actuaría Ud. si el paciente presenta fatiga:

- a. Le recomendaría realizar actividades que le produzcan tensión.
- b. Le ayudaría a planificar sus actividades diarias.
- c. No le permitiría hacer ninguna actividad
- d. No sabría qué hacer

Gracias por su colaboración

ANEXO D

APRECIACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO

Estimado (a) Docente:

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se le solicitan dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión.

| CRITERIO | SI | NO | OBSERVACIONES |
|---|-----------|-----------|----------------------|
| 1. La formulación del problema es adecuado. | | | |
| 2. El instrumento facilitará el logro de los objetivos de investigación. | | | |
| 3. El instrumento está relacionado con la variable de estudio. | | | |
| 4. El número de ítems del instrumento es adecuado. | | | |
| 5. La redacción de los ítems del instrumento es correcta. | | | |
| 6. El diseño del instrumento facilitará el análisis y procesamiento de datos. | | | |
| 7. Eliminaría algún ítem en el instrumento | | | |
| 8. Agregaría algún ítem en el instrumento (especifique). | | | |
| 9. El diseño del instrumento será accesible a la población | | | |
| 10. La redacción es clara, sencilla y precisa. | | | |

Firma del Juez de Experto

ANEXO E

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

PRUEBA BINOMIAL JUICIO DE EXPERTOS

| N° PREGUNTAS | JUECES EXPERTOS | | | | | | | | VALOR DE "P" |
|-----------------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|-----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.00391 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.00391 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.00391 |
| 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.03516 |
| 5 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.03516 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.00391 |
| 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.00391 |
| 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.00391 |
| 9 | 1 | 1 | | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.03516 |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.00391 |

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa
Favorable = 1 (SI)
Desfavorable = 0 (NO)

ANEXO F

HOJA DE CODIFICACIÓN

| Nº | Pregunta-Variable | Categoría | Código |
|----|-----------------------------|---|--------|
| A | Edad | a. 20-29 años | 1 |
| | | b. 30-44 años | 2 |
| | | c. 45-65 años | 3 |
| B | Sexo | a. Femenino | 1 |
| | | b. Masculino | 2 |
| C | Años de estudios | a. Analfabeto | 1 |
| | | b. Primaria completa | 2 |
| | | c. Primaria incompleta | 3 |
| | | d. Secundaria completa | 4 |
| | | e. Secundaria incompleta | 5 |
| | | f. Superior o técnico. | 6 |
| 1D | Lugar de procedencia | a. Costa | 1 |
| | | b. Sierra | 2 |
| | | c. Selva | 3 |
| 1 | Definición de quimioterapia | a. Mejorar los síntomas desagradables | 0 |
| | | b. Frenar el crecimiento de las células tumorales. | 1 |
| | | c. Disminuir la enfermedad. | 0 |
| | | d. Disminuir las complicaciones | 0 |
| 2 | Tipos de alimentos | a. Alimentos condimentados. | 0 |
| | | b. Caldos, sopas, mazamorras | 0 |
| | | c. Alimentos blandos, cocidos (verduras, carnes, pescado, pollo cocidas, sin huesos) | 1 |
| | | d. Alimentos grasosos | 0 |
| | | e. Desconoce | 0 |
| 3 | Presencia de diarrea | a. Proporcionaría frutas y/o verduras | 0 |
| | | b. Recomendaría una dieta de líquidos claros como caldos claros, gelatina sin sólidos agregados | 1 |

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
| | | c. Proporcionaría leche y/o líquidos ácidos como jugos cítricos, jugos de tomate, etc. | 0 |
| | | d. Incluiría en la dieta alimentos grasos. | 0 |
| | | e. Desconoce | 0 |
| 4 | Importancia del ejercicio | a. Ayuda a mantener el peso ideal. | 0 |
| | | b. Reduce los síntomas desagradables (náuseas, vómitos, etc) y el estrés psicológico y emocional. | 1 |
| | | c. Proporciona algo para distraerse | 0 |
| | | d. No sabe | 0 |
| 5 | Horas de sueño | a. 8 horas diarias | 1 |
| | | b. 4 a 6 horas diarias. | 0 |
| | | c. 12 horas por lo menos | 0 |
| | | d. Desconozco | 0 |
| 6 | Presencia de depresión | a. Le diría que se anime | 0 |
| | | b. No lo dejaría solo y estaría atento a sus acciones | 1 |
| | | c. Le diría que no es bueno estar deprimido | 0 |
| | | d. No sabría qué hacer | 0 |
| 7 | Presencia de ansiedad | a. No le prestaría atención a las acciones que realiza. | 0 |
| | | b. Obligar al paciente a hablar. | 0 |
| | | c. Escuchar detenidamente sin juzgar los sentimientos del paciente. | 1 |
| | | d. No sabría qué hacer. | 0 |
| 8 | Presencia de sensación nauseosa | a. Le daría a ingerir caramelos duros de olor agradable como grageas de limón y menta. | 1 |

| | | | |
|----|---------------------|--|------------------|
| | | b. Le daría de comer alimentos calientes. c. Le daría a ingerir grandes porciones de alimentos con frecuencia. d. No sabe | 0 0 0 |
| 9 | Presencia de dolor | a. Le colocaría paños tibios sobre las áreas adoloridas o sugeriría tomar un baño caliente. b. Lo mantendría aislado c. .Por indicación médica, administrar algún analgésico. d. A y C | 0 0 0 1 |
| 10 | Presencia de fatiga | a. Le recomendaría realizar actividades que le produzcan tensión. b. Le ayudaría a planificar sus actividades diarias. c. No le permitiría hacer ninguna actividad d. No sabría qué hacer | 0 1 0 0 |

ANEXO G

**TABLA DE CÓDIGOS SEGÚN TIPO DE RESPUESTAS
(CORRECTA E INCORRECTA)**

| Familiar | Edad (A) | Sexo (B) | Años de estudios (C) | Lugar de procedencia (D) | MANEJO DE LA ALIMENTACIÓN Y ELIMINACIÓN | | | | | | | | |
|----------|-------------|-------------|--------------------------|-----------------------------|---|------------|------------|--------------------|------------|------------|----------------------|------------|------------|
| | | | | | Definición de quimioterapia | | | Tipos de alimentos | | | Presencia de diarrea | | |
| | | | | | Antes | Después V1 | Después V2 | Antes | Después V1 | Después V2 | Antes | Después V1 | Después V2 |
| 1 | 2 | 2 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 3 | 3 | 1 | 5 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 4 | 3 | 1 | 5 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 5 | 2 | 2 | 5 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 6 | 2 | 2 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 7 | 3 | 2 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 8 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 9 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 10 | 2 | 2 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 11 | 3 | 1 | 5 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 12 | 2 | 1 | 5 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 13 | 3 | 2 | 4 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 14 | 2 | 2 | 5 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 15 | 3 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 16 | 2 | 2 | 4 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---------------------|--------------|---|------------------------|---|---|--|----------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| 17 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 18 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 19 | 2 | 1 | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 20 | 2 | 1 | 5 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 21 | 3 | 2 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 22 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 23 | 2 | 1 | 5 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 24 | 3 | 2 | 5 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 25 | 1 | 2 | 5 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 26 | 2 | 2 | 5 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 27 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 28 | 2 | 1 | 5 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 29 | 1 | 1 | 5 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 30 | 3 | 1 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| TOTAL= | 1=6 2=14 3=10 | 1=14 2=16 | 1= 5 2= 0 3= 0 4= 8 5= 13 6= 4 | 1= 13 2= 15 3= 2 | 8 corre ctas 22 incor recta s | 15 correcta s 15 in correc tas | 29correc tas 1 in correc tas | 9 correctas 21 incorrectas | 17 correc tas 13 incorr ectas | 29 correc tas 1 incorr ecta | 9 correctas 21 incorrecta s | 20 corre ctas 10 incorr ectas | 26 correctas 4 incorrec tas |

| Fa mil iar | MANEJO DEL PATRÓN DE EJERCICIO Y SUEÑO | | | | | | MANEJO DEL PATRÓN EMOCIONAL | | | | | | MANEJO DE SÍNTOMAS DESAGRADABLES | | | | | | | | |
|------------------|---|-------------------|-------------------|----------------|-------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| | Importancia del ejercicio | | | Horas de sueño | | | Presencia de depresión | | | Presencia de ansiedad | | | Presencia de sensación nauseosa | | | Presencia de dolor | | | Presencia de fatiga | | |
| | Ant es | Des pués V1 | Des pués V2 | Ant es | Des pués V1 | Des pués V2 | Ant es | Des pués V1 | Des pués V2 | Ant es | Des pués V1 | Des pués V2 | Ant es | Des pués V1 | Des pués V2 | Ant es | Des pués V1 | Des pués V2 | Ant es | Des pués V1 | Des pués V2 |
| 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 4 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 5 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 6 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 7 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 9 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 11 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 12 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 13 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 14 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 15 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 16 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 17 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|--|---|--|---|---|---|--|---|--|---|---|---|---|--|------------------------|--|---|---|---|---|
| 18 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 19 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 20 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 21 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 22 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 23 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 24 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 25 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 26 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 27 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 28 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 29 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 30 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| TO TA L | 7 corr ecta s 23 inco rrec tas | 18 corr ecta s 12 inco rrec tas | 29 corr ecta s 1inc orre ctas | 16 corr ecta s 14 inco rrec tas | 24 corr ecta s 6 inco rrec tas | 30 corr ecta s 0 inco rrec tas | 9 corr ecta s 21 inco rrec tas | 19 corr ecta s 11 inco rrec tas | 27 corr ecta s 3 inco rrec tas | 16 corr ecta s 14 inco rrec tas | 25 corr ecta s 5 inco rrec tas | 30 corr ecta s 0 inco rrec tas | 5 corr ecta s 25 inco rrec tas | 23 corr ecta s 7 inco rrec tas | 29 cor rect as 1 inc orr ect a | 0 cor rec tas | 16 corr ecta s 14 inco rrec tas | 27 corr ecta s 3 inco rrec tas | 6 corr ecta s 24 inco rrec tas | 22 corr ecta s 8 inco rrec tas | 30 corr ecta s 0 inco rrec tas |

ANEXO H

TABLA DE CÓDIGOS SEGÚN PUNTAJE POR TEST

| Familiar | Puntaje por test | | |
|----------|------------------|------------|------------|
| | Antes | Después V1 | Después V2 |
| 1 | 6 | 7 | 10 |
| 2 | 1 | 4 | 8 |
| 3 | 2 | 6 | 10 |
| 4 | 2 | 9 | 10 |
| 5 | 1 | 7 | 9 |
| 6 | 5 | 8 | 10 |
| 7 | 2 | 6 | 9 |
| 8 | 4 | 9 | 10 |
| 9 | 5 | 7 | 9 |
| 10 | 5 | 7 | 8 |
| 11 | 2 | 6 | 9 |
| 12 | 2 | 4 | 10 |
| 13 | 4 | 8 | 10 |
| 14 | 1 | 9 | 9 |
| 15 | 4 | 7 | 10 |
| 16 | 4 | 7 | 9 |
| 17 | 6 | 9 | 9 |
| 18 | 1 | 2 | 8 |
| 19 | 1 | 5 | 10 |
| 20 | 1 | 8 | 9 |
| 21 | 8 | 10 | 10 |
| 22 | 0 | 7 | 10 |
| 23 | 2 | 5 | 8 |
| 24 | 0 | 5 | 8 |
| 25 | 0 | 7 | 10 |
| 26 | 1 | 9 | 10 |
| 27 | 2 | 4 | 8 |
| 28 | 3 | 9 | 10 |
| 29 | 2 | 4 | 8 |
| 30 | 3 | 9 | 10 |

ANEXO I

PRUEBA T STUDENT

HIPÓTESIS DE ESTUDIO

H0: El modelo de intervención educativa impartido no es efectivo en el incremento de los conocimientos de los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia

H1: El modelo de intervención educativa impartido es efectivo en el incremento de los conocimientos de los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia.

Prueba T de Student

$$t = \frac{\bar{d} - \mu_d}{Sd / \sqrt{n}}$$

\bar{d} : Media de la diferencia (Antes y después)

μ : Media población

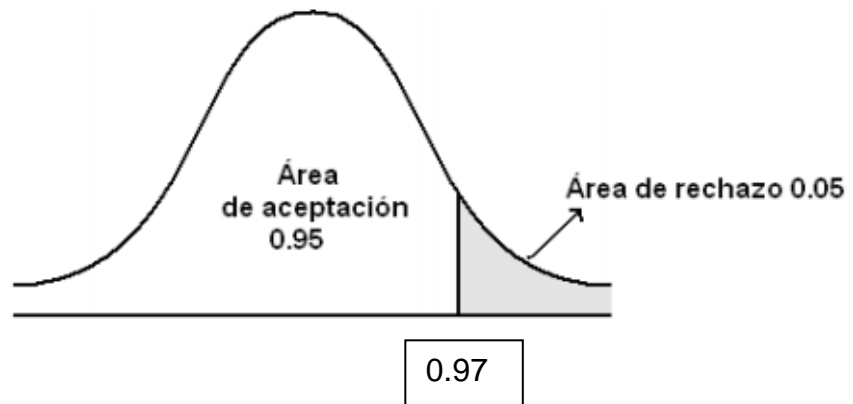
Sd : Desviación estándar de la diferencia (Antes y después)

n : Muestra (30)

Grados de libertad: $n - 1$: $30 - 1 = 29$ Con un Error $\alpha = 0.05$

Se rechaza H0 si: T Calculado > T Tabulado

Donde T Tab = 0.97 para 30 grados de libertad



Utilizando el programa SSPS 19.0 se obtuvo:

Momento 1 vs Momento 2

(Antes vs Después de la 1ra Visita Domiciliaria)

Estadísticos

| | | Antes | DespuésV1 | Diferencia |
|------------|----------|-------|-----------|------------|
| N | Válidos | 30 | 30 | 30 |
| | Perdidos | 0 | 0 | 0 |
| Media | | 2.67 | 6.80 | -4.1333 |
| Desv. típ. | | 2.023 | 1.990 | 2.11291 |
| Varianza | | 4.092 | 3.959 | 4.464 |

Prueba de muestras relacionadas

| | | Diferencias relacionadas | | | | | t | gl | Sig. (bilateral) |
|-------|-------------------|--------------------------|-----------------|------------------------|---|----------|--------|----|---------------------|
| | | Media | Desviación típ. | Error típ. de la media | 95% Intervalo de confianza para la diferencia | | | | |
| | | | | | Inferior | Superior | | | |
| Par 1 | DespuésV1 - Antes | 4.133 | 2.113 | .386 | 3.344 | 4.922 | 10.715 | 29 | .000 |

Por lo tanto el $T_{cal} > T_{tab}$ $10.715 > 0.97$

Se rechaza la hipótesis nula por lo tanto se puede decir que el modelo de intervención educativa es efectivo en el incremento del nivel de conocimiento de los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia fue significativa al 95%; teniendo en cuenta el Momento 1 y Momento 2.

Finalmente utilizando el programa SSPS 19.0 en cuanto a:

Momento 2 vs Momento 3

(Después de la 1ra Visita Domiciliaria vs Después de la 2da Visita Domiciliaria)

Estadísticos de muestras relacionadas

| | Media | N | Desviación típ. | Error típ. de la media |
|-----------------|-------|----|--------------------|---------------------------|
| Par 1 DespuésV2 | 9.27 | 30 | .828 | .151 |
| DespuésV1 | 6.80 | 30 | 1.990 | .363 |

Prueba de muestras relacionadas

| | Diferencias relacionadas | | | | | t | gl | Sig. (bilateral) |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------|---------------------------------|--|----------|-------|----|---------------------|
| | Media | Desviación típ. | Error típ. de la media | 95% Intervalo de confianza para la diferencia | | | | |
| | | | | Inferior | Superior | | | |
| Pa DespuésV2 - r 1 DespuésV1 | 2.467 | 1.634 | .298 | 1.856 | 3.077 | 8.266 | 29 | .000 |

Por lo tanto el $T_{cal} > T_{tab}$ $8.266 > 0.97$

Se rechaza la hipótesis nula por lo tanto se puede decir que el modelo de intervención educativa es efectivo en el incremento del nivel de conocimiento de los familiares de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia fue significativa al 95%; teniendo en cuenta el Momento 2 vs Momento 3.

ANEXO J

DATOS GENERALES DE LAS FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, 2013

TABLA N° 1

Edad de los familiares de pacientes oncológicos encuestados

| Edad | N° | % |
|------------|----|-------|
| 20-29 años | 6 | 20.0 |
| 30-44años | 14 | 46.7 |
| 45-65 años | 10 | 33.3 |
| Total | 30 | 100.0 |

TABLA N° 2

Sexo de los familiares de pacientes oncológicos encuestados

| Sexo | N° | % |
|-----------|----|-------|
| Femenino | 14 | 46.7 |
| Masculino | 16 | 53.3 |
| Total | 30 | 100.0 |

TABLA N° 3

Grado de instrucción de los familiares de pacientes oncológicos
encuestados

| Año de estudios | N° | % |
|-----------------------|----|-------|
| Analfabeto | 5 | 16.7 |
| Primaria completa | 0 | 0 |
| Primaria incompleta | 0 | 0 |
| Secundaria completa | 8 | 26.7 |
| Secundaria incompleta | 13 | 43.3 |
| Superior o técnico | 4 | 13.3 |
| Total | 30 | 100.0 |

TABLA N° 4

Lugar de procedencia de los familiares de pacientes oncológicos
encuestados

| Lugar de procedencia | N° | % |
|----------------------|----|-------|
| Costa | 13 | 43.3 |
| Sierra | 15 | 50 |
| Selva | 2 | 6.7 |
| Total | 30 | 100.0 |

ANEXO K

**MODIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL CONCEPTO DE
QUIMIOTERAPIA EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES
ONCOLÓGICOS LUEGO DE LA APLICACIÓN DEL MODELO DE
INTERVENCIÓN EDUCATIVA.**

HNDAC, 2013

| RESPUESTA | CONCEPTO DE QUIMIOTERAPIA | | | | | |
|---------------------|---------------------------|-------|------------|-------|------------|-------|
| | ANTES | | DESPUÉS V1 | | DESPUÉS V2 | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Rpta. Correcta | 8 | 26.7 | 15 | 50.0 | 29 | 96.7 |
| Rpta. Incorrecta | 22 | 73.3 | 15 | 50.0 | 1 | 3.3 |
| Total | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 | 30 | 100.0 |

ANEXO L

**MODIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE LA ALIMENTACIÓN
Y ELIMINACIÓN EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS
SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA LUEGO DE LA APLICACIÓN
DEL MODELO DE INTERVENCIÓN
EDUCATIVA. HNDAC, 2013**

| | MANEJO DE LA ALIMENTACIÓN Y ELIMINACIÓN | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|------|------------|------|------------|------|----------------------|--------|------------|------|------------|------|
| | Tipos de alimentos | | | | | | Presencia de diarrea | | | | | |
| | Antes | % | Después V1 | % | Después V2 | % | Antes | % | Después V1 | % | Después V2 | % |
| Rpta. Correcta | 9 | 30.0 | 17 | 56,7 | 29 | 96,7 | 9 | 30.0 % | 20 | 66,7 | 26 | 86,7 |
| Rpta. Incorrecta | 21 | 70.0 | 13 | 43,3 | 1 | 3,3 | 21 | 70.0 % | 10 | 33,3 | 4 | 13,3 |

ANEXO M

MODIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL MANEJO DEL PATRÓN DE EJERCICIO Y SUEÑO EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA LUEGO DE LA APLICACIÓN DEL MODELO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

HNDAC, 2013

| | MANEJO DEL PATRÓN DE EJERCICIO Y SUEÑO | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|-------|----------------|-------|----------------|-------|----------------|-------|----------------|-------|----------------|------------|
| | Importancia del sueño | | | | | | Horas de sueño | | | | | |
| | Antes | % | Despu és V1 | % | Despu és V2 | % | Antes | % | Despu és V1 | % | Despu és V2 | % |
| Rpta. Correcta | 7 | 23,3% | 18 | 60,0% | 29 | 96,7% | 16 | 53,3% | 24 | 80,0% | 30 | 100,0 % |
| Rpta Incorrec ta | 23 | 76,7% | 12 | 40,0% | 1 | 3,3% | 14 | 46,7% | 6 | 20,0% | 0 | 0,0% |

ANEXO N

MODIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL MANEJO DEL PATRÓN EMOCIONAL

EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SOMETIDOS

A QUIMIOTERAPIA LUEGO DE LA APLICACIÓN DEL

MODELO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

HNDAC, 2013

| | MANEJO DEL PATRÓN EMOCIONAL | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-----------------------------|-------|------------|-------|------------|-------|-----------------------|-------|------------|-------|------------|--------|
| | Presencia de depresión | | | | | | Presencia de ansiedad | | | | | |
| | Antes | % | Después V1 | % | Después V2 | % | Antes | % | Después V1 | % | Después V2 | % |
| Rpta. Correcta | 9 | 30.0% | 19 | 63.3% | 27 | 90.0% | 16 | 53,3% | 25 | 83.3% | 30 | 100,0% |
| Rpta Incorrecta | 21 | 70.0% | 11 | 36.7% | 13 | 10.0% | 14 | 46,7% | 5 | 16.7% | 0 | 0,0% |

ANEXO O

MODIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL MANEJO DE SÍNTOMAS DESAGRADABLES

EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES ONCOLÓGICOS SOMETIDOS A

QUIMIOTERAPIA LUEGO DE LA APLICACIÓN DEL

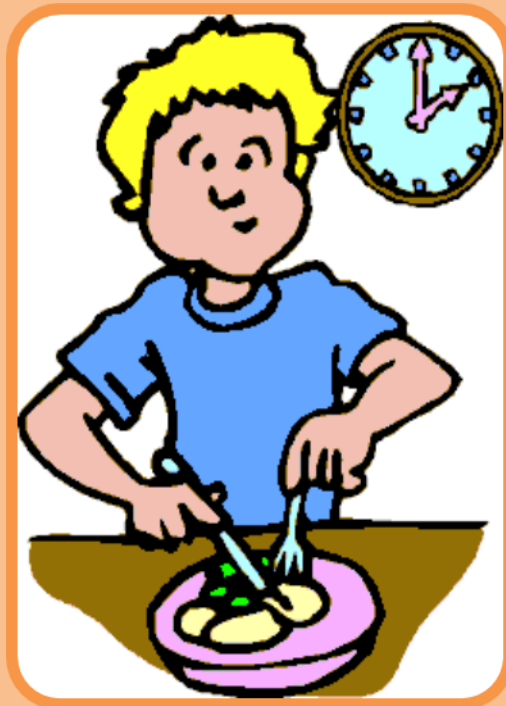
MODELO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

HNDAC, 2013.

| | MANEJO DE SÍNTOMAS DESAGRADABLES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|--------------------|------------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|---------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|------------|
| | Presencia de sensación nauseosa | | | | | | Presencia de dolor | | | | | | Presencia de fatiga | | | | | |
| | An te s | % | Des pués V1 | % | Des pués V2 | % | An te s | % | Des pués V1 | % | Des pués V2 | % | An te s | % | Des pués V1 | % | Des pués V2 | % |
| Rpta . Corr ecta | 5 | 16. 7% | 23 | 76. 7% | 29 | 96. 7% | 0 | 0.0 % | 16 | 53. 3% | 27 | 90. 0% | 6 | 20. 0% | 22 | 73. 3% | 30 | 100 .0% |
| Rpta . Incor recta | 25 | 83. 3% | 7 | 23. 3% | 1 | 3.3 % | 30 | 100 .0% | 14 | 46. 7% | 3 | 10. 0% | 24 | 80. 0% | 8 | 26. 7% | 0 | 0.0 % |

1

Manejo de la alimentación y eliminación



CONSEJOS:

Comidas frecuentes:

-5-6 comidas pequeñas al día con un horario de comidas adaptado a cada paciente

7AM

10AM

1 PM

4PM

7PM

-Consumir alimentos que proporcionen mayor energía y de poco volumen (siempre que sea posible): mantequilla, nata, miel, gelatina, yogur, queso tierno, huevos, legumbres, patatas, pastas, aceite de oliva, mantequilla, flanes.



-Cocinar preferiblemente al vapor; las carnes y pescados a la plancha.



-Es importante garantizar que el paciente ingiera, hasta donde le sea posible, alimentos de todos los grupos existentes:

| | | |
|---------------------------|--|---|
| Harinas | Arroz, pastas, avena, tortillas, papas, yuca, camote, frijoles, garbanzos, etc |  |
| Frutas | Manzana, naranjas, banano, uvas, piña, mango, sandía, etc |  |
| Vegetales | Tomate, lechuga, repollo, zanahoria, brócoli, coliflor, pepino, etc *Evite verduras ácidas y frutas cítricas. |  |
| Carnes y demás | Pollo, pescado, res, mariscos y huevos |  |
| Lácteos | Leche, quesos, yogurt |  |
| Grasas | Aceites, margarina, mantequilla, natilla, nueces y semillas |  |
| Azúcares (con moderación) | Golosinas, postres, helados, pasteles, repostería, etc | |

- Incrementar el contenido de líquidos. Evitando bebidas gaseosas y/o alcohólicas;

(2000 ml/día) =
8 vasos al día



-Evitar las comidas y bebidas que no nutran tanto como café, infusiones, caldos. Si los caldos son de los pocos alimentos que se toman con facilidad, añadir pasta, arroz o pan en bastante cantidad.



OJO:

Las infusiones de manzanilla, menta, anís, azahar o hierba luisa después de las comidas ayudan a encontrarse mejor.

Todo paciente que recibe quimioterapia tiene que acudir a su cita de tratamiento habiendo consumida alimentos, por lo menos 1 hora antes

-Higiene bucal adecuada previa a la ingesta con productos refrescantes.



Manejo de la eliminación.

-Diarrea

La diarrea causada por la quimioterapia puede persistir hasta **3 semanas** después de que finalice el tratamiento.

Lo que el paciente puede hacer

- Dieta de líquidos claros (que incluya agua, té ligero, caldos claros, gelatina sin sólidos agregados).



- Asegurarse de que la dieta incluya alimentos altos en potasio (plátano, papas, albaricoques y bebidas hidratantes)

- Cuando comience a sentirse mejor el paciente, debe tratar de comer alimentos que le sean fáciles de digerir, tales como arroz, puré de manzana, yogur, puré de papa, pan tostado.



- Evite los líquidos ácidos, como el jugo de tomate, jugos cítricos y bebidas carbonatadas.

- Evitar al paciente los alimentos grasosos, salvado, frutas o vegetales crudos y cafeína.



- Lavar cuidadosamente el área del ano con un jabón suave después de cada evacuación intestinal, enjuáguela bien con agua tibia y séquela suavemente.

-Efectos en riñón y vejiga

En general es recomendable ingerir abundante líquido para asegurar un buen flujo urinario y ayudar a prevenir complicaciones.

Recuerde que son considerados líquidos: agua, jugo, té, sopa, bebidas, helados y jaleas.



Tener presente que algunas drogas quimioterápicas **cambian el color de la orina** (naranja, roja o amarillo) o hacen que ésta **tome un fuerte olor a medicamento** por un corto tiempo.

2

Manejo del patrón del ejercicio y sueño



Importancia de los ejercicios en pacientes oncológicos

Efectos sobre salud en general

- Nos ayuda a mantener el peso ideal, reduciendo el peso graso y aumentando el muscular.
- Reduce los niveles de presión arterial.
- Mejora la funcionalidad del sistema cardiovascular
- Ayuda a prevenir la osteoporosis y a retrasar la artrosis



- Mejora la autoestima
- Reduce la incidencia de depresión
- Combate los efectos del envejecimiento

Efectos beneficiosos del ejercicio sobre salud oncológica

| Mantiene y preserva | Número de síntomas y de efectos secundarios(nauseas, fatiga, dolor) |
|-----------------------------|--|
| Fuerza y masa muscular | Intensidad de los síntomas |
| Función cardiovascular | Duración de la hospitalización |
| Capacidad física | Depresión y ansiedad |
| Autoestima/autoimagen | Estrés psicológico y ansiedad |
| Las defensas inmunológicos. | |

Ejercicios pasivos para realizar en el domicilio

Instrucciones para el cuidador: Siéntese cómodamente y comience siempre los ejercicios desde los pies hacia la cabeza.

- a. Acostado boca arriba, el cuidador comienza realizando un movimiento de desplazamiento con los dedos hacia arriba y hacia abajo. El movimiento se realizará diez veces.



- b. Paciente acostado boca arriba, sostenga la pierna al paciente por debajo del talón y, doblando la rodilla, dirija la pierna hacia el abdomen.

- c. (Paciente acostado boca arriba), doble la pierna del paciente y con ella doblada intente tocar con la rodilla el lado contrario de la cama.





d. Paciente acostado o sentado, tome la mano al paciente y realice movimientos (masajee suavemente los dedos de arriba abajo), al mismo tiempo o de uno en uno.

e. Con sus manos, intente movilizar la muñeca del paciente masajeándola lenta y suavemente hacia arriba y hacia abajo.



f. Paciente sentado o acostado, Sujete la mano del paciente y, ayudándose de su brazo, flexione el codo del enfermo acompañando el movimiento con su brazo.

g. Paciente acostado o sentado, tome el brazo del paciente y, acompañándole en el movimiento, eleve su mano por encima de la cabeza.



Ejercicios activos para pacientes oncológicos.

Posición del paciente: sentado o de pie, con la espalda recta

- a. Paciente sentado o de pie, tratando de mantener la espalda recta, intente tocar con su oreja el hombro y luego realícelo del lado contrario.



- b. Paciente sentado o de pie, trate de tocar el hombro con la barbilla; luego realícelo del lado contrario.

- c. Paciente sentado o de pie, con buena alineación corporal, eleve los hombros por unos segundos y luego déjelos caer



- d. Paciente sentado o de pie, con las manos detrás de la cabeza, intentar pegar los codos y luego separarlos lo más que pueda

e. Sentado o de pie, intente aplaudir por encima de la cabeza, repita este movimiento cinco veces.



f. Acostado boca arriba, estirar alternativamente los pies, uno hacia arriba y el otro hacia abajo sin levantar la pierna.

g. Acostado boca arriba, intente llevar una rodilla hacia su estómago, mantenga esa posición por 30 segundos y luego realice el movimiento con la otra pierna.



h. Acostado boca arriba, intente llevar ambas piernas, tratando de pegar las rodillas al abdomen. Y por último, acostado boca arriba doble la pierna y gírela al lado contrario.



Horas de sueño

8 horas de sueño cada noche para estar bien descansados.

“Es importante favorecer el descanso y sueño en el paciente oncológico para así evitar que este cansado e irritable al día siguiente”.

Recomendaciones para ayudar al paciente oncológico a obtener el sueño

- Permitir que duerma todo el tiempo que el cuerpo le pida, pero cuando esté despierto, trate de hacer ejercicios por lo menos una vez al día.
- Antes de irse a dormir, brindar líquidos tibios sin cafeína, por ejemplo, leche tibia con miel o té descafeinado.
- Brindar un ambiente tranquilo para descansar durante el mismo período de tiempo cada día.
- Indicar que tome los medicamentos para dormir o analgésicos indicados por el médico a la misma hora cada noche.
- Dar masajes en la espalda o en los pies antes de ir a dormir.



3

Manejo del patrón emocional



Patrón emocional

1.-Miedo y ansiedad

- Puede utilizar la oración, meditación u otros tipos de apoyo espiritual.
- Invitar con amabilidad al paciente a hablar sobre sus miedos e inquietudes.



- Escuchar detenidamente sin juzgar los sentimientos del paciente.



- No tratar de obligar al paciente a hablar, si él o ella no está lista para hacerlo.

2.-Sentimientos de culpabilidad



3.-Aislamiento

- El paciente puede suavizar la situación transmitiendo a quienes le rodean su deseo de hablar del tema en otro momento.



4. Depresión

Síntomas de la depresión clínica:

- Un estado anímico de tristeza o "vacío" casi diariamente durante la mayor parte del día.
- Pierde el interés o el placer en las actividades que una vez le eran agradables.
- Problemas con la alimentación (pérdida del apetito o comer en exceso), o pérdida o aumento de peso significativo.
- Trastornos en el sueño (insomnio, despertarse temprano o dormir demasiado).
- Cansancio o tiene menos energía casi todos los días.
- Sentimientos de culpa y desvalimiento.
- Dificultad para concentrarse, recordar o hacer decisiones.
- Presenta ideas suicidas o relacionadas con la muerte, o intentos de suicidio.
- Grandes cambios en el estado de ánimo, desde periodos de depresión a momentos de agitación y gran energía.

Recomendaciones:

- Evite decirle a la persona que se anime cuando está deprimida.



- No trate de razonar con la persona si el miedo, la ansiedad o la depresión es grave.
- Involucre a la persona en actividades que disfrute.

- Si es necesario, ayude a concertar una cita para evaluación y tratamiento, y ofrezca transportar al paciente para sus visitas al doctor.
- Si el paciente comienza a tomar antidepresivos, anímele a continuar el tratamiento.



Asegúrele a la persona deprimida que, con el tiempo y el tratamiento, empezará a sentirse mejor.

4

Manejo de síntomas desagradables



Síntomas desagradables

1.- Sensación nauseosa y vómitos

Las náuseas consisten de una sensación de malestar estomacal o ganas de vomitar; el vómito es la devolución de los alimentos desde el estómago.



Recomendaciones para las náuseas:

Beber lentamente a sorbos líquidos transparentes fríos (jugo de manzana, caldos y té entre otros).



- Buscar los alimentos que le gusten. A muchas personas les comienza a desagradar las carnes rojas y los caldos con carne durante el tratamiento. Pruebe con otras fuentes de proteína como pescado, pollo, habas y nueces.

- Chupe caramelos duros de olor agradable, como pastillas (grageas) de limón o mentas.



- Coma la comida fría o a temperatura ambiente para que el olor y el sabor sean más leves. Evite comidas grasosas, fritas, condimentadas o muy dulces.

Para los vómitos:

Si está en cama, acostarse de lado para evitar que vaya a ahogarse por inhalación del vómito.

- Pruebe tomar líquidos en forma de trocitos de hielo o de jugo congelado que puedan ingerirse lentamente.



Evitar comer 1h 30min antes y después de recibir el tratamiento con quimioterapia

2. -Sensación de fatiga

Recomendaciones:



- Brinde al paciente períodos cortos de descanso durante el día, no largas siestas.
- Ayude a mantener rutinas a la hora de dormir.

- Ayude a planificar el día. No intentar hacer más cosas de las que pueda realizar.



- No permitir que realice aquellas actividades que le produzcan tensión.

3. -Dolor

- Pregunte sobre el dolor si el paciente hace muecas, tiene quejidos, tensión o se resiste a cambiar de postura al estar acostado.



- Pruebe que el paciente tome un baño caliente o usar paños tibios sobre las áreas adoloridas. Si esto no ayuda, puede intentar con hielo o

paquetes fríos.

Por indicación médica, administrar algún analgésico.



4. -Sequedad de boca

- Enjuagar la boca cada dos horas con una solución de agua y bicarbonato.



- Usar vaselina, aceite de coco o un bálsamo ligero para los labios para mantenerlos húmedos.

- Ofrezca helado, postres de gelatina, pedacitos de hielo y bebidas con hielo.

5. Bajas defensas

Sugerencias útiles en la prevención de infecciones en pacientes oncológicos:

- Revisar las fechas de los alimentos y no comprar o emplear alimentos vencidos.
- Mantener la temperatura de los alimentos calientes o fríos, según corresponda.
- Cocinar las carnes, aves y pescados completamente. Evitar el consumo de huevos crudos o pescado crudo.



- Evitar exponerse a grupos grandes de personas o personas que padecen infecciones.
- Lavarse las manos frecuentemente para evitar la diseminación de bacterias.



